

marca da

€ 16,00

All'Ordine dei Farmacisti
Via Carducci, 26
35123 PADOVA

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
(nome e cognome)

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,
DICHIARA (a)

1) di essere nato/a a (b) _____ il _____

2) di essere residente a (c) _____ cap _____ in
via _____

3) di essere cittadino/a (d) _____

4) di avere il seguente codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5) di aver conseguito la laurea in _____ presso l'Università degli

Studi di _____ in data _____ (e)

6) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista presso l'Università degli

Studi di _____ nella _____ sessione dell'anno _____ (e)

7) di avere il pieno godimento dei diritti civili

8) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

9) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

10) di non essere stato iscritto in precedenza all'Albo presso altro Ordine provinciale dei Farmacisti

Ovvero

di essere stato iscritto all'Albo:

- presso l'Ordine dei Farmacisti di _____ dal _____ al _____ al numero _____
- presso l'Ordine dei Farmacisti di _____ dal _____ al _____ al numero _____

e di essere stato cancellato per i seguenti motivi:

- rinuncia all'iscrizione (Ordine di _____ data cancellazione _____)
- morosità nei confronti dell'Ordine (Ordine di _____ data cancellazione _____)
- morosità nei confronti dell'Enpaf (Ordine di _____ data cancellazione _____)
- radiazione dall'Albo (Ordine di _____ data cancellazione _____)
- altro (Ordine di _____ data cancellazione _____)

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

DICHIARA ^(a)

1 - di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei farmacisti di : _____ presso _____

2 - di avere i seguenti precedenti penali: _____

3 - di non trovarsi in posizione di incompatibilità con l'iscrizione all'Albo per la sussistenza di un rapporto di pubblico impiego, in quanto:

- non è impiegato/a nella pubblica amministrazione;
- OPPURE
- è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

è inquadrato/a nella qualifica funzionale e riveste il profilo professionale seguenti:

con rapporto di lavoro: a tempo pieno a tempo parziale o definito

- e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, non gli/le è vietato l'esercizio della libera professione;
- e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale;
- e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, gli è consentita l'iscrizione all'Albo professionale, nell' "elenco speciale"

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine.

(f) a tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine,

INOLTRE, a tal fine

allega la ricevuta del bollettino di pagamento della tassa di concessione governativa (g);

oppure

si impegna a produrre l'attestazione del pagamento della tassa di concessione governativa (h).

INOLTRE dichiara di aver letto il Codice Deontologico del farmacista (Ai sensi del art.3, capo I, del Codice Deontologico stesso)

(luogo e data)

(firma) (f)

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero di cellulare

_____ ed il proprio indirizzo e mail _____

indirizzo PEC _____

INFORMATIVA

Tali dati verranno acquisiti da questo Ordine e dalla Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (F.O.F.I.) e trattati ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali con le seguenti finalità: per l'invio della newsletter del quotidiano on-line federale, per l'invio delle informazioni relative all'accesso ai siti internet di proprietà dell'Ordine e della F.O.F.I. nonché per comunicazioni istituzionali e professionali della Federazione e degli Ordini.

Autorizzo codesto Ordine provinciale e la F.O.F.I. al trattamento di tali dati personali, che non saranno utilizzati a fini divulgativi, ma esclusivamente per comunicazioni istituzionali e professionali.

(luogo e data)

(firma) (f)

-
- (a) Cancellare le voci che non interessano
 - (b) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e, tra parentesi, la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo Stato estero in cui si è nati.
 - (c) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato /a è iscritto/a, con relativo indirizzo.
 - (d) Indicare "italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.
 - (e) Indicare luogo e data di laurea - indicare luogo, sessione ed anno di abilitazione.
 - (f) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione
 - (g) L'iscrizione sarà efficace dalla data della deliberazione del Consiglio, se il pagamento sia stato effettuato prima di tale deliberazione.
 - (h) Ove il pagamento sia successivo alla data di deliberazione del Consiglio, l'iscrizione decorrerà dalla data del pagamento.
 - (i) SE LA DOMANDA CONTIENE ANCHE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE, SE INVIATA PER POSTA O PER FAX, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' O DI EQUIPOLLENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (sono equipollenti alla carta d'identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento rilasciate da un'amministrazione dello Stato, purchè munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente)

Informativa sul trattamento dei dati personali (artt.13 e 14 Regolamento UE 2016/679)

Egregio Dottore, Gentile Dott.ssa

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione e circolazione dei dati personali riferiti alle persone fisiche (di seguito “Regolamento” o “GDPR”), la informiamo che il trattamento delle informazioni che la riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati da Lei forniti saranno trattati dall’Ordine dei Farmacisti della Provincia di Padova (di seguito denominato Ordine) per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, l’esecuzione dei compiti di interesse pubblico e per l’assolvimento degli obblighi legali cui l’Ordine è soggetto (ai sensi di quanto previsto da: D.Lgs. C.P.S. 13/9/1946, n. 233 – D.P.R. 221/1950 – D.P.R. 605/73 – D.L. 688/1985 conv. in Legge 11/86 – D.P.R. 137/2012 – D.Lgs. 33/2013 – Artt. 2-ter e 61 D.Lgs. 196/2003.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

L’Ordine assicura l’utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali da Lei forniti, nel pieno rispetto delle disposizioni del Regolamento. Il trattamento dei dati, anche attraverso la consultazione di documenti o registri pubblici, avverrà con e senza l’ausilio di strumenti elettronici da parte di soggetti opportunamente autorizzati. Il trattamento concerne principalmente dati personali identificativi e può coinvolgere anche categorie particolari di dati (cd. dati sensibili) e dati relativi a condanne penali e reati (cd. dati giudiziari).

CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle su indicate finalità istituzionali e il rifiuto a fornire i dati comporterà l’impossibilità di perfezionare l’iscrizione all’Albo professionale o il suo aggiornamento e revisione (incluse le richieste di trasferimento e cancellazione), e quindi di adempiere a tutti gli obblighi di legge correlati.

CATEGORIE DI DESTINATARI

Nell’espletamento delle sue funzioni istituzionali (D.Lgs. C.P.S. 13/9/1946, n. 233 – D.P.R. 221/1950 – D.P.R. 605/73 – D.L. 688/1985 conv. in Legge 11/86 – D.P.R. 137/2012) l’Ordine comunicherà i dati personali dell’iscritto (diversi da quelli sensibili o giudiziari) alla Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (F.O.F.I.), all’E.N.P.A.F. (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti), a chiunque vi abbia interesse (per i dati da inserire nell’Albo) e in generale a soggetti pubblici e privati, ad altri enti previdenziali e pubbliche amministrazioni competenti qualora necessario per obbligo di legge, Regolamento o normativa comunitaria. I dati da inserire nell’Albo potranno inoltre essere diffusi, anche mediante reti di comunicazione elettronica, ed ivi può essere altresì menzionata l’esistenza di provvedimenti che a qualsiasi titolo incidono sull’esercizio della professione (ad es. la sospensione).

TITOLARE DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Titolare del Trattamento è l’Ordine dei Farmacisti della provincia di Padova con sede in Via G. Carducci, 26/A – 35123 PADOVA in persona del Presidente in carica pro tempore, Tel. 049 8751910, Email: segreteria@ordinefarmacistipadova.it, PEC: ordinefarmacistipd@pec.fofi.it. Il Responsabile della Protezione dei Dati è Gennaro Oliviero del Gruppo Oliviero srl con Sede in San Prisco (CE) Viale Europa,71 Email: serviziodpo@gruppooliviero.it, tel. 08231461992.

DIRITTI DELL’INTERESSATO

In ogni momento l’interessato (persona fisica cui si riferiscono i dati personali) potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, anche con l’ausilio del Responsabile della protezione dei dati, ai sensi degli artt. 15 e seguenti del Regolamento, in particolare per ottenere la conferma dal titolare dell’esistenza o meno di un trattamento di dati che lo riguarda, per conoscerne l’origine, per chiedere l’accesso ai dati personali, l’aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione o per chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali o per manifestare l’opposizione al loro trattamento, per chiederne la portabilità. Detti articoli prevedono inoltre il diritto dell’interessato di proporre reclamo ad un’Autorità di controllo (in Italia è il Garante per la protezione dei dati personali).

L’interessato dà atto di aver ricevuto e compreso la presente informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.

(luogo e data)

(firma)