

FAC-SIMILE DI DOMANDA DI ISCRIZIONE

All'Ordine dei farmacisti di _____

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 in (c)

3) di essere cittadino/a (d)

4) di avere il seguente codice fiscale

 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

5) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista:

 (e)

6) di avere il pieno godimento dei diritti civili

7) 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

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

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, 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/le 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;

(luogo e data)

(firma) (g)

* * *

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero di cellulare _____ ed il proprio indirizzo e-mail _____.

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. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma il mancato conferimento non consentirà l'accesso ai servizi.

Autorizzo codesto Ordine provinciale e la Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani al trattamento di tali dati personali, che non saranno utilizzati a fini divulgativi, ma esclusivamente per comunicazioni istituzionali e professionali.

(luogo e data)

(firma)

- _____
(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.
(d) Indicare "italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.
(e) Indicare luogo e data di conseguimento dell'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) 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 di 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, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente).

Informativa ex art. 13 DLgs 196/2003

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,

ai sensi dell'articolo 13 del DLgs n. 196/2003, Le forniamo le seguenti informazioni, che La invitiamo a **FIRMARE PER RICEVUTA**.

Il trattamento dei dati personali da Lei forniti:

- a) ha le seguenti finalità: tenuta dell'Albo professionale ed esercizio delle altre funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge;
- b) sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato;
- c) i dati saranno comunicati a pubbliche amministrazioni, autorità ed enti, come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento; inoltre, essendo l'Albo professionale pubblico, i dati in esso contenuti potranno essere diffusi presso chiunque lo richieda e vi abbia interesse.

La informiamo che il conferimento dei dati è obbligatorio, in quanto previsto da norme di legge e di regolamento, e il loro eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità di dare corso alla Sua domanda.

Il titolare del trattamento è questo Ordine dei farmacisti.

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 7 del DLgs n. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo di seguito integralmente.

DLgs n. 196/2003-- Art. 7 -- Diritti dell'interessato

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

(luogo e data)

(firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI CONSEGUIMENTO
DELL'ABILITAZIONE PER L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI FARMACISTA
(ai sensi degli articoli 40 e 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
_____, residente a _____, cap _____,
in via _____, dichiara di aver conseguito
l'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista, conseguita presso l'Università di
_____,
nella _____ sessione dell'anno _____, con la votazione _____ / _____.

Dichiara inoltre:

- ❖ di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;
- ❖ di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione è stata resa (art. 13 D.Lgs. 196/2003).

luogo e data _____, _____

firma per esteso

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI LAUREA
(art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto
nato a (.....) il,
residente a (.....) in
via/piazza/corso N....., consapevole del
fatto che le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice
penale (art. 476 e ss c.p.) e delle leggi speciali in materia,

DICHIARO

di aver conseguito la laurea in.....
.....
presso l'Università degli studi di.....
in data.....
voto di laurea.....

.....
(luogo e data)

.....
(firma leggibile e per esteso)

AUTOCERTIFICAZIONE di GODIMENTO dei DIRITTI CIVILI

(Art. 46 – Lettera d) D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a in _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;
ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000;
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di GODERE DEI DIRITTI CIVILI

Data

(Firma del dichiarante)

I sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

..l... sottoscritt.. _____ nat... a _____ il _____
residente a _____ Via _____ N. _____ Tel : _____
e-mail _____ @ _____ Cellulare : _____
Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate
dall'art.76 D.P.R.445 del 28/12/2000

DICHIARA

1. di non aver mai riportato condanne penali;
2. di non avere procedimenti penali pendenti;
3. di non essere interdetto dai pubblici uffici.

luogo e data

Il Dichiarante

.....