

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

(IN BOLLO)
(€ 16,00)

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)

via _____ n. _____ tel. _____

3) di essere cittadino/a (d) _____

4) di avere il seguente codice fiscale:

5) di essersi laureato/a in _____ presso l'Università di _____

in data _____ ed abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista
presso l'Università di _____ sess. _____ anno _____

6) di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei farmacisti di
_____ dal ____/____/____

7) di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine e all'Ente
Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)

8) di avere il pieno godimento dei diritti civili

9) 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

10) 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: (barrare in assenza)

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*.

4) di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari

E FA DOMANDA

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

(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 _____
- il proprio indirizzo e-mail _____
- il proprio indirizzo PEC _____
(se trattasi di casella PEC Aruba fornita dall'Ordine, specificare se tenerla o richiederne una nuova)

che intende mantenere

che non intende mantenere e, pertanto, allega modulo di richiesta

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)

Allegati: fotocopia documento di identità valido;
“ **tesserino codice fiscale;**
modulo di richiesta PEC (se necessita).”

- (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 presso il quale richiede di trasferire la propria iscrizione, 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 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).**