

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

ovvero

di essere stato iscritto all'Albo presso l'Ordine (o gli Ordini) di

e di essere stato cancellato per i seguenti motivi:

- rinuncia all'iscrizione (Ordine/i di _____)
- morosità nei confronti dell'Ordine (Ordine/i di _____)
- morosità nei confronti dell'Enpaf (Ordine/i di _____)
- radiazione dall'Albo (Ordine/i di _____)
- altro (specificare motivi e Ordine/i) _____

**INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, DICHIARA (a)**

1) che eserciterà 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 é 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;

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).

(luogo e data)

(firma) (i)

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero di cellulare _____, 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) 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 della 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 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 Privacy Regolamento Europeo 679/2016

Conformemente a quanto previsto all'art.13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, l'**Ordine dei Farmacisti della Provincia di Forlì-Cesena**, con sede in 47121 Forlì, via Maroncelli 19, codice fiscale 80003360403, alla quale potrà trasmettere ogni richiesta indirizzandola nello specifica a Ufficio Segreteria dell'Ordine dei Farmacisti, ovvero, tramite e-mail, al seguente indirizzo **segreteria@ordinefarmacistiforlicesena.it**, in qualità di Titolare della raccolta e del trattamento dei Suoi dati personali, La informa che i trattamenti dei dati che La riguardano verranno compiuti per le **seguenti finalità**: - dare esecuzione alla richiesta di iscrizione all'Albo professionale dell'Ordine dei Farmacisti da Lei presentata -successiva e conseguente tenuta dell'Albo Professionale ed esercizio delle altre funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge, oltre che al fine di consentirci il compimento di tutte le varie attività amministrative, commerciali, contabili e fiscali derivanti dall'iscrizione.

L'**Ordine dei Farmacisti della Provincia di Forlì-Cesena** si impegna a trattare con riservatezza i dati e le informazioni da Lei trasmesse e di non rivelarle a persone non autorizzate, né ad usarle per scopi diversi da quelli per i quali sono stati raccolti o a trasmetterli a terze parti che non siano quelli nominati dal Titolare del Trattamento dei Dati, il cui elenco è consultabile presso la sede dell'Ordine dei Farmacisti. I dati personali potranno essere comunicati solo a soggetti delegati all'espletamento delle attività necessarie per l'esecuzione degli impegni scaturiti nei Suoi confronti: Pubbliche Amministrazioni, Autorità ed Enti come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento.

I dati acquisiti saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati e nel rispetto dei termini prescrizionali imposti dalla legge.

Le ricordiamo che gode dei diritti di cui agli **artt. 15 e segg. del Regolamento UE 2016/679**, fra cui:

- il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali
- la rettifica o la cancellazione degli stessi
- la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
- ha inoltre il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente in materia, Garante per la protezione dei dati personali.

La comunicazione dei propri dati personali da parte Sua è **un obbligo contrattuale**, in quanto requisito necessario per dare esecuzione alla richiesta di iscrizione all'Albo professionale dell'Ordine dei Farmacisti.

Data

.....

Il/La Dr./Dr.ssa.....

(Firma per presa visione)

.....

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI
1° ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE**

- 1) Attestazione del versamento delle tasse di concessione governativa di €. 168,00 da effettuare sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara (indicando: codice tariffa "8617" e tipo di versamento "rilascio");
 - 2) Fotocopia del codice fiscale;
 - 3) Fotocopia di un documento di riconoscimento;
 - 4) Tre fotografie formato tessera;
 - 5) Marca da bollo da apporre sulla domanda di iscrizione da €. 16,00.
 - 6) Bonifico bancario di €. 96,80 per:
 - quota annua di iscrizione (Ordine €. 50,00 + FOFI €. 41,80) €. 91,80
 - diritti di segreteria €. 5,00
-

Estremi per bonifico bancario:

ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA
IBAN **IT74** CIN **S** ABI **03069** CAB **13298** c/c n. **10000012906**
Banca Intesa Sanpaolo – Agenzia di città n. 1 – Forlì – P.zza A. Saffi, 33

PER I CITTADINI EXTRA-COMUNITARI: è necessario il passaporto e il permesso di soggiorno in cui è specificato che lo stesso è rilasciato per lo svolgimento di lavoro autonomo o di attività professionale.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine può deliberare l'iscrizione solo dopo la ricezione del NULLA OSTA del Ministero della Salute.

L'iscrizione è efficace per tutto il periodo di validità del permesso di soggiorno e quindi, al momento del rinnovo del permesso, gli interessati devono comunicare all'Ordine il rinnovo del permesso di soggiorno, pena la cancellazione dall'Albo.

ISCRIZIONE PER ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE NELLA CIRCOSCRIZIONE DELL'ORDINE

Nel caso in cui la residenza è fuori dalla circoscrizione dell'Ordine, l'interessato deve comprovare, con idonea documentazione, l'esercizio della professione nella circoscrizione dell'Ordine dei Farmacisti di Forlì-Cesena.

Tuttavia, nel caso in cui l'interessato ancora non eserciti la professione nella circoscrizione dell'Ordine, ma dichiari nella domanda che ivi intende esercitarla, potrà comunque ottenere l'iscrizione, ma il requisito dovrà essere successivamente comprovato all'Ordine entro il termine di un anno dall'iscrizione stessa; in difetto sarà avviato il procedimento di cancellazione dall'Albo.
