

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

IN BOLLO
€ 16,00

**Al Presidente dell'Ordine dei
Farmacisti della Provincia di SAVONA**

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)_ _____ CAP _____
via/piazza _____

3) di essere cittadino/a _(d)_ _____

4) di avere il seguente codice fiscale:

l l l l l l l l l l l l l l l l l

5) di aver conseguito la laurea in _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ e di essere abilitato all'esercizio della professione di farmacista (e) a _____ in data (anno) _____.

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;

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

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) 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 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 _____ indirizzo e-mail _____

scrivere in stampatello

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____.

scrivere in stampatello

Istruzioni per la compilazione

- (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 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, 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).*

Note

1. I certificati, gli estratti e gli attestati necessari per l'iscrizione all'albo, possono essere comprovati dalle dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 46 DPR 445 del 28.12.2000. Le Amministrazioni che ricevono tali dichiarazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli sulle stesse, ai sensi dell'art. 71 DPR 445 del 28.12.2000. L'interessato ha facoltà di presentare direttamente i certificati di laurea e di abilitazione all'esercizio professionale.
2. 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.
3. Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a e l'indirizzo completo di CAP.
4. Indicare "italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.
5. Indicare "Farmacia" o "CTF".
6. Indicare data e luogo di conseguimento dell'abilitazione.
7. **in caso di precedenti penali descriverli nella dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.**
8. Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.
9. **Se la domanda contiene anche dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, la relativa sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, oppure accompagnata da fotocopia di un documento di identità o documento equipollente.**
10. Carta di identità o documento equipollente (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).

Art. 8 DPR 5.4.50 n. 221 "SULLA DOMANDA DI ISCRIZIONE IL CONSIGLIO DELIBERA NEL TERMINE DI TRE MESI"

ALLEGATI :

- a) Fotocopia di documento d'identità, tesserino codice fiscale o tessera sanitaria
- b) Ricevuta pagamento Tassa Concessione Governativa (€ 168,00) **CHIAMARE LA SEGRETERIA DELL'ORDINE PER CONFERMA IMPORTO**
- c) Ricevuta pagamento Avviso pagoPa iscrizione all'Ordine (€ 237,00)
- d) n. 1 fotografia formato tessera
- e) marca da bollo da € 16,00 *(o del valore aumentato per il nuovo anno)*
- f) dichiarazione lettura Codice Deontologico del Farmacista
- g) Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali

Spese di iscrizione:

- Pagamento **su apposito bollettino 8003 da richiedere in posta o ritirare presso gli uffici dell'Ordine** di c/c postale 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara Tasse e Concessioni Governative: **€ 168,00** per tassa di concessione governativa.
- Pagamento dell'**Avviso pagoPa emesso dall'Ordine Farmacisti della Provincia di Savona** (rivolgersi alla Segreteria): € 237,00 causale di versamento **“iscrizione all'Ordine COGNOME Nome COD.5”**

ANNO 2021

€ 52,00 per tassa di iscrizione all'albo (art. 4 DLvo 233/46) +
€ 143,20 per quota annuale Ordine) +
€ 41,80 per quota annuale F.O.F.I.) =
€ 237,00

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Savona

17100 Savona - Via San Lorenzo, 3/4

☎ 019826452 • 📠 019853155 • e-mail info@ordfarsv.it – ordinefarmacistiv@pec.fofi.it
Cod. Fisc. 80005490091

Il / La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
(Nome e Cognome)

dichiara di aver letto il Codice Deontologico del Farmacista approvato dal C.N. della Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti Italiani, attualmente in vigore.

In fede

luogo e data

firma del dichiarante



Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati personali (GDPR UE n.679/2016)

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,
per rispettare la normativa in oggetto, La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e su i Suoi diritti.

Titolare dei trattamenti

Titolare dei trattamenti dei dati personali è l'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI SAVONA con sede a Savona (SV) in Via San Lorenzo 3/4.

Finalità del trattamento e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato a:

- 1) tenuta dell'Albo professionale (con raccolta di fotografie e di altre informazioni, raccolte da terzi, indispensabili allo scopo), e gestione delle funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge, comprese le comunicazioni e le informazioni utili alla professione;
- 2) fornire servizi attinenti alla professione (es. consulenze previdenziali); inviare comunicazioni e informazioni periodiche utili alla professione e relative ad iniziative e ad attività dell'Ordine (al fine di inviare/ricevere materiale informativo, partecipare a indagini statistiche, mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili).

Modalità di trattamento

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, da parte di dipendenti o collaboratori da noi incaricati, istruiti e controllati, secondo modalità di gestione e misure di sicurezza individuate in base alle previsioni dell'art. 32 del GDPR UE n.679/2016.

Obbligo o facoltà di conferire i dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto

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 iscrizione.

Per quanto riguarda i dati che non siamo obbligati a conoscere, il loro mancato ottenimento potrà determinare difficoltà o impossibilità di svolgere servizi o attività aggiuntive alla mera gestione dell'Albo.

Natura dei dati trattati

Per la gestione dei rapporti con gli iscritti vengono trattati dati anagrafici e fiscali nonché dati necessari alla verifica del corretto versamento della quota d'iscrizione.

In alcuni casi, dalle informazioni da Lei comunicate o provenienti da terze parti (ad esempio: università, magistratura, enti), potrebbero derivare dati giudiziari (casellario giudiziale e/o carichi pendenti) e informazioni "particolari" a Lei riferite, cioè dati che potrebbero rivelare "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose, filosofiche, appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici e dati relativi alla salute o alla vita sessuale"; per questo motivo Le chiediamo nel seguito di esprimere il consenso al trattamento di questi dati.

Ambito di comunicazione e diffusione

I Suoi dati, non saranno da noi diffusi o ceduti a Terzi per finalità diverse da quelle sopra indicate/previste senza una Sua esplicita richiesta o un Suo esplicito consenso, salvo comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Potranno essere comunicati a pubbliche amministrazioni, autorità ed enti, pubblici e privati che ne facciano richiesta, i dati personali contenuti nell'Albo professionale (pubblico), come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento.

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti e le comunicazioni previste per legge.

L'Ordine dà notizia, anche on-line, sull'Albo professionale pubblico, dell'esistenza di provvedimenti che dispongono la sospensione o che incidono sull'esercizio della professione.

Potrà, inoltre, su Sua richiesta, integrare i dati personali con ulteriori dati pertinenti e non eccedenti in relazione all'attività professionale, nonché fornire a terzi notizie o informazioni relative a speciali qualificazioni professionali non menzionate nell'Albo, ovvero alla disponibilità di assumere incarichi o a ricevere materiale informativo a carattere scientifico inerente anche a convegni o seminari.



Trasferimento dei dati personali

I Suoi dati potranno essere trasferiti, solo su Sua richiesta, in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Conservazione e cancellazione dei dati

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione, ai sensi dell'art. 5 del GDPR UE n.679/2016, tutti i dati a Lei riferiti verranno conservati a tempo indeterminato, anche dopo la cancellazione dall'Albo, come archiviazione storica, per rispondere alle norme di legge in materia.

Profilazione e/o processo decisionale automatizzato

La gestione dell'Albo non richiede la profilazione dell'interessato. Vengono eseguiti controlli, anche automatizzati, sulla presenza e conservazione delle caratteristiche e dei requisiti previsti/richiesti agli iscritti all'Albo.

Diritti dell'interessato

Per chiarimenti e/o per esercitare i Suoi diritti, previsti dagli artt.12-22 del GDPR UE n.679/2016, può inviare una richiesta scritta all'indirizzo postale del Titolare o scrivere in forma elettronica a:

| | Punti di contatto | Indirizzo |
|---|--|--|
| TITOLARE | e-mail: info@ordfarsv.it PEC: ordinefarmacistisv@pec.fofi.it Telefono 019 826452 | Ordine dei Farmacisti della Provincia di Savona Via San Lorenzo 3/4 17100 Savona (SV) |
| RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI | DPO e-mail: leonora.mataloni@virgilio.it DPO PEC: leonoramataloni@pec.net dpo@ordfarsv.it | Avv. Eleonora Mataloni Via Balicco, 61 - 23900 Lecco |

(luogo e data)

(firma)

Manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali.

ai sensi degli artt. 6,7,8 e 9 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati personali (GDPR UE n. 679/2016)

Il sottoscritto, _____
presa visione dell'informativa sul trattamento che dichiara aver letto e ricevuta in copia, **consente/non consente:**

A. il trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati dalla normativa come dati "particolari" e giudiziari per le finalità indicate nell'informativa

consente **non consente**

B. fornire servizi attinenti alla professione (es. consulenze previdenziali); inviare comunicazioni e informazioni periodiche utili alla professione e relative ad iniziative e ad attività dell'Ordine (al fine di inviare/ricevere materiale informativo, partecipare a indagini statistiche, mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili).

consente **non consente**

Resta inteso che in qualsiasi momento Lei potrà revocare/variare il consenso, inviandone comunicazione scritta al Titolare del trattamento o on-line tramite il sito riservato agli iscritti dell'Ordine.

Data ___/___/_____

(firma) _____