

FOTOTESSERA

Spazio riservato alla Segreteria
C.O. _____
N° ISCR. _____



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI VERONA

Palazzo Vitruvio Cerdone
Via Giberti, 11- 37122 VERONA
Tel. 045 594006 Fax 045 8041971

DOMANDA DI ISCRIZIONE

BOLLO
€ 16.00

All'Ordine dei Farmacisti
di VERONA

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 Via/P.zza _____ (c)

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

Recapito telefonico _____

E-mail: _____

3) di essere cittadino/a _____ (d)

4) di avere il seguente Codice Fiscale

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

Laurea in Farmacia (_____)
Indicare Luogo e data

Laurea in CTF (_____)
Indicare Luogo e data

Data e Sede di conseguimento dell'abilitazione (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

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

9)

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 di _____)

morosità nei confronti dell'Ordine di _____

morosità nei confronti dell'ENPAF (Ordine di _____)

radiazione dall'Albo (Ordine di _____)

altro (specificare motivi e Ordine) _____

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 _____
inserire il nome della Farmacia presso la quale si eserciterà la professione

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: **[BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE]**

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 seguente

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 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

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

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

ed il proprio indirizzo e-mail

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI PERSONALI

A norma dell'articolo 13 del Regolamento 679/2016 la informiamo, in via breve, che l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Verona Via Giberti n°11 - 37122 VERONA, in qualità di titolare del trattamento, utilizzerà i dati da Lei forniti ed altri dati eventualmente successivamente raccolti, per gestire ogni aspetto amministrativo, tecnico e giuridico della sua iscrizione e permanenza all'Albo ai sensi D.LGS. 233/1946 e successive modifiche ed integrazioni, per la pubblicazione dei suoi dati all'Albo, per gestire ogni istanza e richiesta inerente la professione, gestire la formazione professionale e le comunicazioni istituzionali dell'Ordine e per trattare le fasi di competenza di un eventuale procedimento disciplinare a suo carico e per ogni altra finalità istituzionale o prevista da norme di legge o regolamento. Tali trattamenti sono leciti in quanto necessari per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento (Art. 6 comma 1 lett. C GDPR) o per l'esecuzione di un compito connesso all'esercizio di pubblici poteri (Art. 6 comma 1 lett. E GDPR). I suoi dati potranno essere comunicati ad altre Pubbliche Amministrazioni ed Enti solo se previsto da norma di legge; a società, consulenti ed altri professionisti incaricati dall'Ordine a gestire, per conto dello stesso, Servizi e attività, previa nomina a responsabile esterno del trattamento. Lei è titolare dei diritti di cui all'art. 15 e seguenti del GDPR; potrà esercitarli rivolgendosi direttamente alla Segreteria dell'Ordine ovvero al Responsabile della Protezione Dati (DPO). Ogni ulteriore informazione sull'uso dei Suoi dati, come previsto dal GDPR all'art. 13 e 14, è indicata nell'informativa "completa iscrizione" disponibile sul sito web dell'Ente ovvero a richiesta presso gli uffici dell'Ordine. Sul sito sono altresì indicati i dati di contatto del DPO (Responsabile della protezione dei dati) dell'Ordine.

(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 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, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente)*