



Ordine dei Farmacisti della Provincia di Asti

Ente di Diritto Pubblico (D.L. n° 233 del 13/9/1946) C.F. 80008070056
VIA SILVIO MORANDO 6A 14100 ASTI Tel. 0141 410493 Fax 0141 1847009
e-mail ordinefarmacisti.asti@fapnet.it
e-mail pec: ordinefarmacistiat@pec.fofi.it

TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE

Il farmacista iscritto all'Ordine dei farmacisti della Provincia di Asti che intenda trasferire la propria iscrizione all'Albo di un'altra provincia, dovrà rivolgersi all'Ordine dei Farmacisti di quella provincia.

Il farmacista che vuole trasferire la propria iscrizione da un altro Ordine all'Ordine di Asti deve presentare i seguenti documenti:

- Domanda di iscrizione per provenienza (modulo allegato, da compilare in ogni sua parte)
- Informativa sulla Privacy (moduli allegati, da leggere e firmare)
- Richiesta PEC (posta elettronica certificata)
Nel caso si fosse già in possesso di un indirizzo PEC e lo si vuole mantenere, è necessario comunicarlo per iscritto, contestualmente alla domanda di iscrizione
- 2 fotografie formato tessera
- fotocopia documento d'identità valido
- fotocopia del tesserino del codice fiscale
- tessera professionale dell'Ordine di attuale iscrizione
- dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)
- copia avvenuta vaccinazione anti Covid-19 e green pass oppure copia certificato di esenzione
- marca da bollo da € 16,00 (da allegare alla domanda di iscrizione)

(IN BOLLO)

All'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Asti
Via Silvio Morando 6A
14100 ASTI AT

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

(cognome e nome)

consapevole delle responsabilità 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) Prov. il
- 2) di essere residente in (c) CAP Prov.
- 3) Via N° Tel.
- 4) indirizzo e-mail Cell.
- 5) di essere cittadino/a (d)
- 6) di essere in possesso del regolare permesso di soggiorno in Italia
- 7) di aver conseguito la laurea in
presso l'Università di il / /
- 8) di avere il seguente Cod. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- 9) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista: presso l'Università
 di nella sessione
- 10) di essere regolarmente iscritto all'Albo dell'Ordine dei farmacisti di
dal al N°
- 11) di avere eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine e all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)
- 12) di avere il pieno godimento dei diritti civili
- 13) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.
- 14) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ',

DICHIARA (a)

- di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei farmacisti di Asti presso:

- 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:

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 applicabile, è tenuto 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*".

- che non sussistono le cause preclusive per l'iscrizione all'Albo dei Farmacisti previste dall'art. 102 del T.U.LL.SS.- R.D. n. 1265/1934

- di non essere sottoposto a procedimenti disciplinari e di non essere sospeso dall'esercizio della professione di farmacista

E FA DOMANDA

di essere iscritto 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)

(a) Cancellare le voci che non interessano

(b) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e la provincia. Per i nati all'estero indicare lo Stato estero in cui si è nati

(c) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessata è iscritta

(d) Indicare "*italiana*" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini

(e) Indicare luogo e data di conseguimento dell'abilitazione

(f) Da barrare se l'interessata 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 NOTORIETÀ, 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 IDENTITÀ 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 equipollente)

Spett.le
Ordine dei Farmacisti della provincia
di ASTI

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritt_ dr. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000 e s.m.i. , sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver ottemperato all'obbligo di vaccinazione per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

Data, _____

_____ Firma

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.



Ordine dei Farmacisti della Provincia di Asti

Ente di Diritto Pubblico (D.L. n° 233 del 13/9/1946)

C.F. 80008070056

VIA SILVIO MORANDO 6A 14100 ASTI Tel. 0141 410493 Fax 0141 1847009

e-mail ordinefarmacisti.asti@fapnet.it

e-mail pec: ordinefarmacistiat@pec.fofi.it

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 suoi Suoi diritti.

Titolare del trattamento, e Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO)

Titolare del trattamento dei dati personali è il Consiglio dell'Ordine dei farmacisti di ASTI,
con sede in Via Silvio Morando, 6/a.

Finalità del trattamento e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato a:

- 1) tenuta dell'Albo professionale (corredato di fotografia 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) invio di comunicazioni e informazioni utili alla professione degli iscritti o comunicazioni promozionali relative ad iniziative commerciali dell'ordine, (al fine di ricevere materiale informativo, promozionale e/o partecipare a ricerche di mercato, mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili) previa il Suo esplicito consenso all'Ordine.

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 2016/679.

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 domanda d'iscrizione.

Per quanto riguarda i dati che non siamo obbligati a conoscere, il loro mancato ottenimento potrà determinare difficoltà o l'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 di natura economica.

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 rivelano "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 (vedi nel seguito Consenso “A).

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 previsti per legge, incluse le comunicazioni a Ministeri, Enti Previdenziali, Università.

L’Ordine potrà dare notizia, anche on line, dell’esistenza di provvedimenti che dispongono la sospensione o che incidono sull’esercizio della professione; potrà, inoltre, su richiesta dell’interessato, 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 non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né 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 GDPR 2016/679, i dati a Lei riferiti potranno essere cancellati a conclusione dei trattamenti previsti dalle normative vigenti 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 Regolamento EU 679/2016, può inviare una richiesta scritta all’indirizzo postale del Titolare o scrivere in forma elettronica a:

	punti di contatto	Indirizzo
TITOLARE	Email ordinefarmacisti.asti@fapnet.it PEC ordinefarmacistiat@pec.fofi.it Tel. 0141 - 410493	Via Silvio Morando, 6/a
Responsabile della protezione dei dati	Ing. Paolo Augusto Leveghi ordinefarmacisti.asti.dpo@fapnet.it	

(luogo e data)

(firma)



Ordine dei Farmacisti della Provincia di Asti

Ente di Diritto Pubblico (D.L. n° 233 del 13/9/1946)

C.F. 80008070056

VIA SILVIO MORANDO 6A 14100 ASTI Tel. 0141 410493 Fax 0141 1847009

e-mail ordinefarmacisti.asti@fapnet.it

e-mail pec: ordinefarmacistiat@pec.fofi.it

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 di dati per le finalità indicate nell'informativa

consente

non consente

B. l'invio di comunicazioni e informazioni utili alla professione degli iscritti o comunicazioni promozionali relative ad iniziative commerciali dell'ordine Titolare (contenente materiale informativo, promozionale e/o ricerche di mercato), mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili

consente

non consente

Resta inteso che in qualsiasi momento Lei potrà revocare/variare il consenso espresso al punto B, accedendo al portale dell'ordine od inviando comunicazione scritta.

Data ___/___/___

FIRMA

SPETT.LE ORDINE DEI FARMACISTI

della PROV. DI ASTI

Via S. Morando, 6/A

14100 – A S T I

**Modulo Di Adesione
Servizio Posta Elettronica Certificata**

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a Il ____/____/____
A _____ Pr (____)Cod.Fisc _____
Residente a _____ C.A.P. _____ Pr (____)
In Via/Piazza _____ Nr° _____
Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____
E-Mail _____ @ _____

Documento identità (**da allegare alla presente**): Carta d' Identità Patente Passaporto

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ In Data ____/____/____

Da compilarsi solo in caso di Libero professionista/Persona Giuridica/Ditta individuale:

Libero professionista P.Iva _____, con sede in _____
C.A.P. _____ Via/Piazza _____ Nr. _____

Legale Rappresentante della Società/Ente/Associazione/Dita individuale denominato: _____
Cod. Fisc./P.iva _____

Con sede in _____ C.A.P. _____
Via/Piazza _____ Nr. _____

con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), **dichiara**, ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri, e **propone** ad Aruba Pec S.p.A. ed al Partner sopra individuato, di concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata), secondo i termini ed le condizioni indicate nelle "**Condizioni Generali di Contratto Posta elettronica certificata**" e nel **Manuale Operativo**, pubblicati alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare nel loro contenuto.

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma e timbro _____

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c. si dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 3. Conclusione del contratto; 4. Requisiti; 6. Livelli di servizio; 8. Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 9. Limitazioni di responsabilità del Gestore; 13. Cambi di proprietà e modifiche ai dati; 14. Clausola risolutiva espressa; 15. Recesso; 16. Accordi particolari fra il Cliente ed il Partner; 17. Rinvio al manuale operativo; 20. Foro competente.

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma e timbro _____

Preso atto dell'Informativa di cui all'art. 13 D.lgs 196/2003 contenuta all'art. 12 delle Condizioni Generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" il sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Lì _____ Data ____/____/____ Firma _____