

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

marca da bollo da € 16,00

*All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di L'Aquila
Via XX Settembre n. 13/a
67100 L'Aquila*

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 28.12.00,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI, DICHIARA (a)

1) di essere nato/a a __ (b) _____ il _____

2) di essere residente a __ (c) _____ CAP _____

Via _____, tel. _____

PEC (Posta elettronica Certificata) _____

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

4) di avere il seguente codice fiscale: _____

5) di aver conseguito la laurea in __ (e) _____, in data _____, presso

l'Università di _____

6) di essersi abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista: __ (f) _____

7) di avere il pieno godimento dei diritti civili

8) 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

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 NOTORIETA',
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 è impiegato/a nella pubblica amministrazione

OPPURE

- è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

_____ TEL. _____

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 vigente 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.

- (g) 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 (h).

oppure

- si impegna a produrre la ricevuta del pagamento della tassa di concessione governativa (i).

(luogo e data)

(firma)

* * *

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero di cellulare _____ ed 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 "Farmacia" o "CTF"
 - (f) Indicare luogo e data di conseguimento dell'abilitazione.
 - (g) Da barrare *se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione*
 - (h) *L'iscrizione sarà efficace dalla data della deliberazione del Consiglio, **se il pagamento sia stato effettuato prima di tale deliberazione.***
 - (i) *Ove il pagamento sia successivo alla data di deliberazione del Consiglio, l'iscrizione decorrerà dalla data del pagamento.*

1) 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 di altra segnatura equivalente).