



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@fapn

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

DATI, REQUISITI E DOCUMENTAZIONE PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO

- 1) DOMANDA DI ISCRIZIONE (modulo allegato, da compilare in ogni sua parte)
- 2) INFORMATIVA SULLA PRIVACY (moduli allegati, da leggere e firmare)
- 4) GIURAMENTO DEL FARMACISTA (modulo allegato, da leggere e firmare)
- 5) ADESIONE ALLA CONVENZIONE PER L'ATTIVAZIONE DELLA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA – PEC - (modulo allegato, da compilare in ogni sua parte)
- 6) **RICEVUTA DEL VERSAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE DI € 168,00** versamento da effettuare con bollettino di conto corrente postale intestato a:
AGENZIA DELLE ENTRATE – CENTRO OPERATIVO DI PESCARA – TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE
C/C 8003 CODICE del versamento: 8617 CAUSALE: " Prima iscrizione Albo Professionale Farmacisti"
- 7) ATTESTAZIONE DEL BONIFICO BANCARIO DI € **122,00 per 1° iscrizione** intestato a “ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI ASTI “, presso CASSA DI RISPARMIO DI ASTI AG. N. 3 di C.SO TORINO , 185 – ASTI – CODICE IBAN IT 13 Z 060 8510 3030 0000 0023368 (Causale: Iscrizione Ordine dei Farmacisti di Asti). L'importo è così suddiviso:

- Tassa di prima iscrizione e copie autentiche	€ 16,00
- Rilascio Tessera Personale	€ 6,00
- Contributo annuale per 1° iscrizione Albo (comprensivo della quota FOFI)	<u>€ 100,00</u>
TOTALE	€ 122,00
- 8) N° 2 FOTOGRAFIE FORMATO TESSERA
- 9) N° 1 FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO
- 10) N° 1 FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- 11) N° 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 (da allegare alla domanda di iscrizione)

I Sanitari impiegati nella pubblica Amministrazione che intendono iscriversi all'albo devono produrre, inoltre, il “nulla osta” rilasciato dalla Pubblica Amministrazione dalla quale dipendono e dal quale risulta che, secondo gli ordinamenti interni, non è loro vietato l'esercizio della libera professione.

Per i cittadini extracomunitari: l'iscrizione è subordinata a NULLA-OSTA da parte del Ministero della Salute. E' necessario presentare permesso di soggiorno valido, con indicazione del motivo di rilascio. Sarà compito dell'Ordine richiedere al Ministero della Salute il relativo nulla osta.

Iscrizione albo residenti fuori provincia: per l'iscrizione all'Albo è necessario avere la residenza o esercitare la professione nella circoscrizione dell'Ordine.

L'iscrizione all'Ordine **OBBLIGA** l'iscritto:

1) all'aggiornamento professionale, come previsto dalla normativa sull'ECM e dal Codice Deontologico. Tutte le informazioni relative all'argomento sono reperibili sul sito del Ministro della salute (ecm.sanita.it) oppure sul sito www.fofi.it

2) all'iscrizione automatica ed obbligatoria all'ENPAF (Legge 233/46), con la possibilità di poter maturare una pensione attraverso il pagamento di un contributo annuo.

Indipendentemente dalla data di iscrizione, il contributo è dovuto per l'intero anno solare.

Il contributo pensione base annuo per il 2022 è di € **4.683,00**. Di tale contributo può essere chiesta la riduzione del 33,33% (**3.141,00**), del 50% (€ **2.370,00**), dell'85% (€ **750,00**), maturando così una pensione proporzionata all'importo versato. Le categorie che possono scegliere la riduzione sono:

1. lavoratore dipendente che esercita l'attività professionale (può chiedere la riduzione dell'85% o del 50% o del 33,33% o contributo di solidarietà, con scelta assolutamente discrezionale);
2. non esercitare la professione di farmacista (può chiedere la riduzione al massimo del 50%);
3. disoccupato iscritto al Centro per l'Impiego (può chiedere la riduzione al massimo del 85% per cinque anni anche se non consecutivi);
4. pensionato ENPAF non esercitante o esercitante la professione di farmacista (può chiedere la riduzione dell'85% o del 50% o del 33%, riduzioni che dipendono da eventuali altri redditi).

Viene richiesta, inoltre, un contributo associativo “una tantum” di € 52,00 (non dovuta da coloro che scelgono il “Contributo di Solidarietà”, vedi sotto).

A chi si iscrive, se lavoratore dipendente che esercita la professione o disoccupato iscritto al Centro per l'impiego, viene data la possibilità, in via alternativa al contributo pensionistico, di versare un “Contributo di solidarietà”: il contributo di solidarietà, annuale, per i lavoratori dipendenti è di € **195,00** (pari al 3% del contributo previdenziale intero) mentre quello per i disoccupati è di € **102,00** (pari all'1% del contributo previdenziale intero). Tale contributo è a fondo perduto, non matura pensione e non viene restituito. Se la richiesta viene presentata in qualità di disoccupato iscritto al centro per l'impiego, l'opzione per il contributo di solidarietà può essere mantenuta solo per **cinque** anni, anche non consecutivi.

In caso di reiscrizione, tale opportunità viene riconosciuta solo ai farmacisti che si sono iscritti all'Albo professionale per la prima volta a decorrere dal 2004.

La domanda per ottenere una delle riduzioni previste o per richiedere il Contributo di solidarietà, va redatta su apposito modulo da scaricare sul sito dell'ENPAF (www.enpaf.it) alla sezione “modulistica”, e deve essere inviata all'ENPAF (Via Pasteur, 49 – 00144 Roma) entro il 30 settembre tramite PEC o A/R.

Tale termine, solo per i neoiscritti, è il 30 settembre dell'anno successivo a quello di iscrizione.

Sul sito dell'ENPAF è pubblicato il regolamento completo ed è scaricabile un opuscolo esplicativo delle sue attività.

E' indispensabile comunicare il proprio indirizzo di posta elettronica in quanto tutte le comunicazioni che l'Ordine invia agli iscritti vengono trasmesse via e-mail, in rispetto dell'art. 27 del Decreto Legge 112/2008 (convertito nella Legge 133/2008) che sollecita l'impiego dello strumento informatico per le comunicazioni della Pubblica Amministrazione, allo scopo di ridurre l'utilizzo dei supporti cartacei.

Ogni variazione di residenza, indirizzo postale, indirizzo e-mail, recapiti telefonici, posizione professionale deve essere comunicata tempestivamente, per iscritto, all'Ordine allo scopo di tenere correttamente aggiornati i fascicoli personali degli iscritti.

Data, _____

Per presa visione _____

(IN BOLLO)

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

Il sottoscritto Dr. _____
(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,
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA (a)

1) di essere nato/a a (b) _____ Prov. _____ il _____

2) di essere residente in (c) _____ PROV. _____
Via _____ N° _____ C.a.p. _____ Tel. _____

3) di essere cittadino/a (d) _____

4) di avere il seguente Cod. Fiscale

5) di aver conseguito la laurea in _____
presso l'Università di _____ il _____

6) di aver conseguito l'abilitazione presso l'Università di _____ nel _____

7) di avere il pieno godimento dei diritti civili

8) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario 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 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 i motivi Ordine/i di _____)

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

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA (a)

1) di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei farmacisti

di: _____

presso: _____

2) di avere i seguenti procedimenti 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 nella pubblica amministrazione

OPPURE

è impiegato nella seguente pubblica amministrazione: _____

è inquadrato 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 lei applicabile, non le è vietato l'esercizio della libera professione;

e come tale, in base all'ordinamento a lei applicabile, è tenuto all'iscrizione all'Albo professionale;

e come tale, in base all'ordinamento a lei applicabile le è consentita l'iscrizione all'Albo professionale, nell'*elenco speciale*.

E FA DOMANDA

di essere iscritto 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.

(luogo e data)

(firma) (g)

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 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 è iscritto
- (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'interessato 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 Delibera del Consiglio, se il pagamento sia stato effettuato prima di tale deliberazione
- (h) 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, purchè munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equipollente)



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

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

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

DICHIARO DI AVER LETTO IL CODICE DEONTOLOGICO DEL FARMACISTA (approvato il 07/05/18)

Asti, _____

(Firma)

GIURAMENTO DEL FARMACISTA

Testo approvato dal Consiglio Nazionale il 15.12.2005

GIURO

I

DI ESERCITARE L'ARTE FARMACEUTICA IN LIBERTÀ E INDIPENDENZA DI GIUDIZIO E DI COMPORTAMENTO, IN SCIENZA E COSCIENZA E NEL RIGOROSO RISPETTO DELLE LEGGI, DEI REGOLAMENTI E DELLE NORME DI DEONTOLOGIA PROFESSIONALE;

II

DI DIFENDERE IL VALORE DELLA VITA CON LA TUTELA DELLA SALUTE FISICA E PSICHICA DELLE PERSONE E IL SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA COME FINI ESCLUSIVI DELLA PROFESSIONE, AD ESSI ISPIRANDO OGNI MIO ATTO PROFESSIONALE CON RESPONSABILITÀ E COSTANTE IMPEGNO SCIENTIFICO, CULTURALE E SOCIALE, AFFERMANDO IL PRINCIPIO ETICO DELL'UMANA SOLIDARIETÀ;

III

DI ASSISTERE TUTTI COLORO CHE RICORRERANNO ALLA MIA OPERA PROFESSIONALE CON SCRUPOLO, ATTENZIONE E DEDIZIONE, SENZA ALCUNA DISTINZIONE DI RAZZA, RELIGIONE, NAZIONALITÀ, CONDIZIONE SOCIALE E IDEOLOGIA POLITICA E NEL PIÙ RIGOROSO RISPETTO DELLA LORO DIGNITÀ;

IV

DI AFFIDARE LA MIA REPUTAZIONE ESCLUSIVAMENTE ALLE MIE CAPACITÀ PROFESSIONALI E ALLE DOTI MORALI DI CUI SAPRÒ DARE PROVA E DI EVITARE, ANCHE AL DI FUORI DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE, OGNI ATTO E COMPORTAMENTO CHE POSSANO LEDERE IL PRESTIGIO, LA DIGNITÀ E IL DECORO DELLA PROFESSIONE FARMACEUTICA.

LO GIURO

(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 _____

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.

Li _____ Data ____ / ____ / ____ Firma _____