



9) di avere pieno godimento dei diritti civili

10) di non aver riportato condanne penali e di non esser 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

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

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 procedimenti penali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) di non trovarsi in posizione di incompatibilità con l'iscrizione all'Albo per la sussistenza di un rapporto di pubblico impegno, in quanto:

non è impegnato/a nella pubblica amministrazione

OPPURE

è impegnato 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 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*.

4) di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari

#### E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine.

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

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma) (g)

FACOLTATIVO:

Telefono n. \_\_\_\_\_

Cell. n. \_\_\_\_\_

(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 il luogo e la 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) SE LA DOMANDA CONTIENE ANCHE LA 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 FAX, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI IDENTITA' O 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).

**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

X      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