

CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO PRECLUDE L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI FARMACISTA IN QUALSIASI FORMA

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- Domanda di cancellazione (modulo allegato, da compilare in ogni sua parte)
- Informativa sulla Privacy (modulo allegato, da leggere e firmare)
- Fotocopia del documento d'identità valido;
- Marca da bollo da € 16,00 da apporre sulla domanda
- Fotocopia della ricevuta del contributo all'Ordine per l'anno in corso;
- Tessera professionale (se rilasciata).

La domanda di cancellazione è soggetta a ratifica del Consiglio Direttivo dell'Ordine e, pertanto, è consigliabile inviarla o consegnarla entro la prima decade di dicembre.

La cancellazione dall'Albo comporta l'automatica cancellazione dai ruoli dell'Enpaf e il **non rinnovo** della casella di posta elettronica certificata, qualora richiesta e già fornita gratuitamente dall'Ordine.

oooooo

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE AI FINI DELLA CANCELLAZIONE

Marca da
bollo
€ 16,00

All'Ordine dei Farmacisti di
LECCE

Il/La sottoscritto/a dr. _____
(cognome e nome)
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n _____
recapito telefonico _____

iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine,
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**

- 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
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine

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

- **di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari**

**E, AL FINE DI ESSERE CANCELLATO/A DALL'ALBO
PROFESSIONALE DI CODESTO ORDINE,**

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

Allega:

- **fotocopia documento di identità;**
- **ricevuta di versamento del contributo all'Ordine per il corrente anno.***

(luogo e data)

(firma)

*** Per il 2022 il contributo è pari a € 130,00 (€ 160,00 per i titolari/soci di farmacia).**

Il pagamento viene richiesto attraverso il sistema elettronico PAGOPA ed inviato sulla casella di posta elettronica certificata dell'iscritto.

Se ancora non pervenuto, l'Ordine provvederà a fornirVi le indicazioni per poter provvedere al versamento trasmettendo apposito avviso a mezzo del sistema PAGOPA

Informativa per il 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 sui Suoi diritti.

Titolare dei trattamenti

Titolare dei trattamenti dei dati personali è l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di LECCE .

Finalità del trattamento e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato a:

- 1) gestire gli annunci/ricieste degli iscritti, per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro;
- 2) conservare i dati forniti per rispondere a possibili quesiti/segnalazioni dell'utente.

La base giuridica art. 6 del regolamento UE 679/2016 del trattamento è il consenso espresso dell'interessato.

Modalità di trattamento

Il trattamento sarà svolto in forma manuale, da parte di dipendenti o collaboratori da noi autorizzati/incaricati, istruiti e controllati, secondo modalità di gestione e misure di sicurezza individuate in base alle previsioni dell'art. 32 del GDPR UE n.679/2016.

Fonte dei dati

I dati personali e particolari trattati sono forniti direttamente da Lei al Titolare.

Obbligo o facoltà di conferire i dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto

Il conferimento dei dati è facoltativo, anche se un eventuale conferimento incompleto potrà determinare difficoltà/impossibilità di svolgere il servizio.

Base Giuridica del trattamento

I dati sono trattati per l'esecuzione della sua richiesta, l'eventuale presenza nel testo dell'annuncio/riciesta (o nei suoi allegati) di dati particolari, richiede il suo consenso esplicito al trattamento.

Ambito di comunicazione e diffusione

I Suoi dati, saranno comunicati tramite e-mail alle farmacie della provincia e confinanti su richiesta, non saranno da noi diffusi o ceduti a Terzi per finalità diverse da quelle sopra indicate. Viene mantenuta evidenza delle comunicazioni eseguite.

Trasferimento dei dati personali

I Suoi dati non saranno inviati 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 della correttezza dei contenuti, ai sensi dell'art. 5 del GDPR UE n.679/2016, i dati dei cv presentati verranno mantenuti per l'invio a disposizione delle farmacie che ne fanno richiesta per la **durata di 3 mesi**. Le comunicazioni inviate saranno mantenute fino al 31.12 dell'anno successivo per eventuali ricerche e/o statistiche interne.

Profilazione e/o processo decisionale automatizzato

La gestione dei dati non richiede la profilazione dell'interessato.

Diritti dell'interessato

Per chiarimenti e/o per esercitare i Suoi diritti, previsti dagli artt.12-22 del GDPR UE n.679/2016, può inviare una richiesta scritta all'indirizzo postale del Titolare o scrivere in forma elettronica a:

	Punti di contatto	Indirizzo
TITOLARE	E-mail: segreteria@ordfarmle.it PEC: ordinefarmacistile@pec.fofi.it	Ordine dei Farmacisti della Provincia di LECCE Via F. Scarpa, 18 LECCE
RESPONSABILE PROTEZIONE DEI DATI	dposervice@eps-italia.com	Piazza Sant' Ambrogio 8 - Milano

Manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali.

ai sensi del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati personali (GDPR UE n. 679/2016)

Il sottoscritto, _____
conferma di aver preso visione dell'informativa sul trattamento che dichiara aver letto, compreso e ricevuta in
copia

si

no

inoltre esprime nel seguito il suo libero e incondizionato consenso al trattamento dei dati personali inclusi quelli considerati dalla normativa come dati "particolari" e giudiziari forniti, per le finalità indicate nell'informativa

consente

non consente

Resta inteso che in qualsiasi momento Lei potrà modificare, aggiornare o far cessare la validità dell'annuncio/richiesta e revocare/variare il consenso espresso all'Ordine, identificandosi.

Data ___/___/_____

(firma) _____