

decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

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

**INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, 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: (barrare in assenza)

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 é impiegato/a nella pubblica amministrazione

OPPURE

è impiegato/a 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 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*.

4) di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a 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)

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica:

- il proprio numero di cellulare _____
- il proprio indirizzo e-mail _____
- il proprio indirizzo PEC _____
(se trattasi di casella PEC Aruba fornita dall'Ordine, specificare se tenerla o richiederne una nuova)

che intende mantenere

che non intende mantenere e, pertanto, allega modulo di richiesta

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)

**Allegati: fotocopia documento di identità valido;
“ tesserino codice fiscale;
modulo di richiesta PEC (se necessita).**

- (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 luogo e data di conseguimento dell'abilitazione.
- (f) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine presso il quale richiede di trasferire la propria iscrizione, e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.
- (g) **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 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 equivalente).

PEC (Posta Elettronica Certificata)

Tutti gli iscritti all'Albo professionale sono obbligati a possedere una casella di Posta Elettronica Certificata, indipendentemente dall'attività che ciascuno svolge.

La PEC diventa il mezzo ufficiale utilizzato per le comunicazioni da inviare all'Ordine e, allo stesso tempo, utilizzato dall'Ordine per le comunicazioni da dare ai propri iscritti.

Sarà, inoltre, il mezzo utilizzato per tutte le comunicazioni da e con la Pubblica Amministrazione.

Per richiedere la casella PEC, offerta gratuitamente dall'Ordine a tutti gli iscritti, è necessario aderire all'offerta compilando e inviando all'Ordine il modulo di seguito riportato.

In caso di iscrizione per trasferimento, l'iscritto, se già in possesso di una casella PEC Aruba, dovrà indicare se intende mantenere la casella fornita dal precedente Ordine o richiederne una nuova compilando il modulo sotto riportato.

N.B. Con la cancellazione dall'Albo, la casella verrà disdetta alla scadenza.

A cura del Partner Aruba Pec

Compilare in Stampatello

Ragione Sociale

P. Iva

Legale Rappresentante (Nome Cognome)

Timbro

Firma

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a il ____/____/____

A _____ Pr (____) Cod.Fisc. _____

Residente a _____ 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 ____/____/____

Con il presente modulo di adesione compilato e sottoscritto in ogni sua parte, si impegna a concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata) con la società Aruba PEC ed il Partner sopra individuato, ai termini ed alle condizioni indicate nelle "Condizioni Generali di Contratto" e nel "Manuale Operativo" disponibili alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare.

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma _____

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 _____

Manifestazione Di Consenso Al Trattamento Dei Dati Personali

Preso atto dell'Informativa art. 13 legge 196/2003 contenuta nelle Condizioni Generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" predo il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma _____

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/richieste 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/richiesta (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) _____