

IMPORTANTE

Il farmacista, laureato e abilitato all'esercizio della professione, che intenda iscriversi all'Albo deve presentare domanda di iscrizione all'Ordine nella cui circoscrizione ha la sua residenza o intende esercitare la professione (domicilio) - (art. 9 L. n. 362/1991).

L'ISCRIZIONE ALL'ORDINE **OBBLIGA** L'ISCRITTO:

→ **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 (www.salute.gov.it/ecm/ecm.jsp). **Coloro che si iscrivono per la prima volta all'Ordine sono esonerati da questo obbligo per l'anno di iscrizione** ed eventuali crediti maturati non possono essere utilizzati per l'anno successivo.

→ **all'iscrizione obbligatoria ed automatica all'ENPAF (Ente Naz.le Previdenza Assistenza Farmacisti)** Ogni informazione è disponibile sul sito internet www.enpaf.it

SI RIPORTANO NELLE PAGINE SEGUENTI LE INFORMAZIONI DI INTERESSE.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- **ricevuta del versamento di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 in favore di "Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara"** (codice 8617 - causale: rilascio) - *i bollettini si trovano prestampati presso gli Uffici postali;*
- **per l'anno 2022 ricevuta bonifico di € 200,00 (tassa iscr., contr. Ordine, contr. Fofi - anno 2022)** causale: iscrizione Ordine Farmacisti Lecce - **da versare su c/c bancario o postale intestato: Ordine dei Farmacisti della Provincia di Lecce:**

a) c/c bancario: presso BANCA POPOLARE PUGLIESE sede di LECCE - Viale Marche – CODICE IBAN: IT87 P052 6216 000C C065 1118 299

oppure:

- a) c/c postale n. 1010644167 (bonifico o bollettino postale)**
- **marca da bollo da € 16,00 (da apporre sulla domanda);**
- **2 foto formato tessera;**
- **fotocopia codice fiscale e documento d'identità;**
- **Modulo per la richiesta della casella di posta certificata ***
- **Modulo di disponibilità (se interessa)**

*** 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 il modulo a tergo riportato.

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

INFORMAZIONI SULL'ENPAF

In base allo Statuto Enpaf, l'iscrizione allo stesso ed il pagamento dei relativi contributi sono obbligatori per tutti gli iscritti agli Albi professionali degli Ordini provinciali dei Farmacisti. Tali contributi obbligatori, il cui

importo viene determinato annualmente dal Consiglio Nazionale dell'Ente, sono dovuti da tutti gli iscritti e per l'intera annualità, indipendentemente dal giorno e dal mese in cui è avvenuta l'iscrizione o la cancellazione.

E' riconosciuta la possibilità di optare per una riduzione del contributo intero previdenziale. Si rammenta che la riduzione riguarda esclusivamente la contribuzione alla previdenza.

L'art. 21 del Regolamento dell'Enpaf attribuisce la facoltà di presentare domanda di riduzione del contributo previdenziale qualora ricorra una delle seguenti condizioni:

1. temporanea e involontaria disoccupazione (con iscrizione all'elenco anagrafico del Centro per l'impiego territorialmente competente);
2. esercizio di attività professionale e soggezione, in relazione alla stessa, ad altra forma di previdenza obbligatoria (si allega l'elenco delle attività riconducibili nell'ambito della professione di farmacista);
3. titolarità di pensione diretta Enpaf senza contestuale esercizio dell'attività professionale;
4. titolarità di pensione diretta Enpaf con contestuale esercizio dell'attività professionale;
5. non esercizio dell'attività professionale.

Il contributo di previdenza nei primi tre casi può essere ridotto, a richiesta dell'interessato, nella misura del 33,33%, del 50% ovvero dell'85% mentre nel caso di non esercizio dell'attività professionale e pensionato esercente att. prof.le la riduzione richiesta può essere pari al 33,33% ovvero al 50% del contributo intero.

E' data possibilità, inoltre, di versare, limitatamente ai casi indicati ai punti 1) e 2), in luogo della contribuzione previdenziale obbligatoria, un contributo di solidarietà pari al 3% del contributo previdenziale intero (la quota di assistenza e indennità di maternità è comunque dovuta). Il contributo versato a titolo di solidarietà non è utile ai fini del riconoscimento di prestazioni pensionistiche.

Nella sola ipotesi di disoccupazione involontaria, l'aliquota di riduzione dell'85% ovvero il contributo di solidarietà possono essere mantenute per un periodo massimo di 5 anni.

La condizione che consente di usufruire della riduzione, ovvero del contributo di solidarietà, non deve essere posseduta solamente al momento della presentazione della relativa domanda, ma è necessario che l'iscritto si trovi nella condizione prevista per il periodo minimo richiesto: la metà più un giorno del periodo di iscrizione all'interno di ciascun anno solare.

Nel caso di acquisizione della posizione di titolare di farmacia, di socio, di collaboratore di impresa familiare ovvero associato agli utili della stessa, in base all'art. 21 del regolamento, la quota contributiva verrà integrata in misura intera indipendentemente dal periodo dell'anno in cui ciò si sia verificato.

A partire dalla contribuzione posta in riscossione per l'anno 2014 sono stati modificati i termini di decadenza previsti dall'art. 21 del Regolamento per la presentazione della domanda di riduzione del contributo previdenziale o di attribuzione del contributo di solidarietà

La domanda di riduzione (o di riconoscimento del contributo di solidarietà) può essere presentata nello stesso anno in cui si intende beneficiarne, purché il possesso della condizione per usufruirne si protragga per almeno sei mesi e un giorno nel corso dell'anno stesso;

Il termine di decadenza per presentare la domanda è fissato al 30 settembre dell'anno in cui si intende beneficiare della riduzione o del contributo di solidarietà ma è prorogato al 31 dicembre nel caso in cui il periodo utile ai fini della maturazione del diritto (sei mesi e un giorno) si consegua dopo il 30 settembre ma entro il 31 dicembre;

I nuovi iscritti, a pena di decadenza, devono presentare domanda entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di iscrizione;

Il termine per i nuovi iscritti è prorogato al 31 dicembre, nel caso in cui il periodo utile ai fini della maturazione del diritto alla riduzione (riguardante l'anno successivo a quello dell'iscrizione) si consegua dopo il 30 settembre ma entro il 31 dicembre.

E' opportuno, tuttavia, che l'iscritto anche prima della scadenza del suddetto termine, non appena si trovi nella condizione per farlo, presenti tempestivamente la domanda; ciò consentirà all'Ente, che avvia la riscossione contributiva all'inizio di ogni anno, di richiedere anche al neoiscritto la quota contributiva adeguata alla posizione lavorativa dello stesso.

Al fine di aumentare il trattamento pensionistico il Regolamento Enpaf prevede la possibilità di contribuire in misura doppia o tripla ovvero di riscattare gli anni di laurea, istituti azionabili a seguito di apposita domanda.

In base a quanto disposto dall'art.10 del TUIR¹ tutti i contributi versati all'Enpaf, sia obbligatori che facoltativi, sono fiscalmente deducibili dal reddito imponibile.

La normativa dell'Ente (Regolamento e Statuto) nonché la modulistica necessaria per ottenere la riduzione della misura della contribuzione previdenziale, il contributo di solidarietà ovvero la contribuzione doppia o tripla o il riscatto degli anni di laurea è disponibile presso la sede dell' Ordine oppure può essere prelevata dal sito Internet dell'Enpaf (www.enpaf.it). Sempre tramite il sito internet ovvero tramite l'ufficio relazioni con il pubblico (tel.06 54 711) è possibile acquisire ogni altra informazione utile, concernente l'attività dell'Ente.

ATTIVITÀ DI LAVORO DIPENDENTE QUALIFICABILE COME ATTIVITÀ PROFESSIONALE DEL FARMACISTA:

- addetto alla tariffazione e controllo delle ricette;
- attività brevettuale;
- attività di farmacovigilanza presso Regioni, ASL, Aziende Ospedaliere, I.R.C.C.S., e industrie farmaceutiche;
- attività regolatoria, la quale si sostanzia nello svolgimento di tutti gli incarichi tecnico scientifici attinenti la registrazione di farmaci e medicinali omeopatici, nell'ambito di aziende produttrici di farmaci;
- borsista ovvero assegnista di ricerca con mansioni attinenti al settore del farmaco presso la facoltà di Farmacia o CTF;
- borsista ovvero assegnista di ricerca presso facoltà diversa da quella di farmacia o CTF ma con le stesse mansioni di chi operi nelle facoltà suddette;
- borsista presso Aziende USL e istituti di ricerca con mansioni attinenti al settore del farmaco con altra copertura previdenziale obbligatoria ulteriore rispetto a quella Enpaf;
- clinical monitor;
- collaboratore di erboristeria per la vendita al pubblico di piante officinali;
- collaboratore di farmacia comunale;
- collaboratore di industria farmaceutica con mansioni attinenti al settore del farmaco;
- collaboratore dipendente di farmacia privata;
- dipendente di azienda che produce additivi o premiscele nel settore dell'alimentazione animale (decreto legislativo n. 23/1999);
- dipendente di esercizio commerciale con vendita di farmaci al pubblico (art 5 DL 223/2006 conv. L. 248/2006);
- direttore del servizio farmaceutico nelle imprese autorizzate all'immissione in commercio di medicinali;
- direttore di deposito o di magazzino all'ingrosso di medicinali per uso umano;
- direttore di farmacia comunale;
- direttore di officina di produzione e confezionamento di cosmetici;
- direttore di officina o stabilimento di produzione di specialità medicinali o di materie prime farmacologicamente attive;
- direttore di stabilimento di produzione di gas tossici;
- direttore di stabilimento di produzione di premiscele e mangimi medicati;
- direttore responsabile di farmacia privata;
- direttore tecnico di azienda di produzione e confezionamento di prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti;
- dirigente di I o II livello nel ruolo farmacisti presso uno dei dipartimento o servizi del Ministero della Salute;
- dottorando di ricerca con mansioni attinenti al settore del farmaco presso la facoltà di Farmacia o CTF;
- dottorando di ricerca con mansioni attinenti al settore del farmaco presso facoltà diversa da quella di farmacia o CTF ma con le stesse mansioni di chi operi nelle facoltà suddette;
- esperto farmaceutico nel settore della produzione e commercio di medicinali per uso veterinario;
- farmacista con qualifica di product-manager nelle aziende di produzione di medicinali;
- farmacista dirigente negli uffici e servizi farmaceutici delle Asl;
- farmacista dirigente nelle farmacie ospedaliere;
- farmacista negli Istituti di pena;
- farmacista negli istituti di ricerca (con mansioni attinenti al settore del farmaco);

¹ Così come modificato dall'art.13 del D.Lgs. 47/2000.

- farmacista che effettua analisi ambientali e/o sulle acque (con sottoscrizione dei risultati) farmacista nella Croce Rossa;
- farmacista nelle amministrazioni statali qualora per l'assunzione sia necessaria l'iscrizione all'Albo;
- farmacista nelle case di cura;
- informatore scientifico (potranno essere oggetto di valutazione anche ulteriori attività relative alla diffusione di informazioni e consigli nel settore dei medicinali);
- persona qualificata nelle officine di produzione di medicinali veterinari;
- professore o ricercatore universitario (corso di laurea in Farmacia o in CTF);
- professore o ricercatore universitario presso facoltà diversa da quella di farmacia o CTF ma con mansioni attinenti al settore del farmaco;
- responsabile della vendita diretta al pubblico di medicinali veterinari presso grossisti e produttori;
- responsabile di magazzino all'ingrosso di medicinali veterinari;
- responsabile di sperimentazione scientifica sugli animali ai sensi del D.M. 29 settembre 1995;
- responsabile importazione cosmetici da paesi extraeuropei;
- tecnici laureati presso la facoltà di farmacia (corso di laurea in Farmacia o in CTF) con mansioni attinenti al settore del farmaco;
- titolare di erboristeria con vendita al pubblico di piante officinali.

RIEPILOGO DI CIO' CHE L'ISCRITTO DEVE SAPERE SUL SISTEMA CONTRIBUTIVO DELL'ENPAF.

1. Il contributo previdenziale obbligatorio ridotto, come pure il contributo di solidarietà, non vengono riconosciuti d'ufficio, occorre un'apposita domanda, **se non viene presentata la domanda, la quota contributiva è applicata in misura intera.**
2. A partire dalla contribuzione posta in riscossione per l'anno 2014 sono stati modificati i termini di decadenza previsti dall'art. 21 del Regolamento per la presentazione della domanda di riduzione del contributo previdenziale o di attribuzione del contributo di solidarietà:
3. - La domanda di riduzione (o di riconoscimento del contributo di solidarietà) può essere presentata nello stesso anno in cui si intende beneficiarne, purché il possesso della condizione per usufruirne si protragga per almeno sei mesi e un giorno nel corso dell'anno stesso;
4. - Il termine di decadenza per presentare la domanda è fissato al 30 settembre dell'anno in cui si intende beneficiare della riduzione o del contributo di solidarietà ma è prorogato al 31 dicembre nel caso in cui il periodo utile ai fini della maturazione del diritto (sei mesi e un giorno) si consegua dopo il 30 settembre ma entro il 31 dicembre;
5. - I nuovi iscritti, a pena di decadenza, devono presentare domanda entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di iscrizione;
6. - Il termine per i nuovi iscritti è prorogato al 31 dicembre, nel caso in cui il periodo utile ai fini della maturazione del diritto alla riduzione (riguardante l'anno successivo a quello dell'iscrizione) si consegua dopo il 30 settembre ma entro il 31 dicembre.
7. Il farmacista iscritto per la prima volta riceve i bollettini bancari per la riscossione l'anno successivo a quello della prima iscrizione, quindi la contribuzione di cui viene richiesto il versamento riguarda due anni, l'anno di prima iscrizione e il successivo, **indipendentemente dalla data di prima iscrizione.**
8. I bollettini per la riscossione dei contributi vengono trasmessi entro il primo trimestre dell'anno, può accadere, quindi, che il farmacista nuovo iscritto non abbia ancora richiesto la riduzione quando riceve i bollettini, perché ha ancora tempo per farlo, in questo caso riceverà i bollettini con **due anni di contribuzione previdenziale a quota intera, nessuna paura!** Se nel diritto **può ancora chiedere la riduzione** nei termini indicati ed ottenere l'invio di bollettini con gli importi contributivi ridotti, ignorando così i bollettini che ha ricevuto in precedenza.
9. Per presentare la domanda di riduzione o di attribuzione del contributo di solidarietà non è sufficiente trovarsi in una delle condizioni previste dal regolamento al momento della domanda, ma **occorre averne il possesso per almeno sei mesi e un giorno nel corso dell'anno o per almeno la metà più uno dei giorni del periodo di prima iscrizione o dell'anno in cui è intervenuta la cancellazione.** Molto spesso la riduzione viene concessa in riferimento a contratti di lavoro a tempo determinato con la conseguenza che se al termine del rapporto l'iscritto non ha inviato comunicazioni ulteriori **il rischio è che l'aliquota contributiva venga portata a quota intera,** anche in questo caso, tuttavia, è possibile risolvere il problema producendo documentazione che dimostri la continuità con la precedente posizione lavorativa (ad es. la conversione in contratto di lavoro a tempo indeterminato, una proroga ulteriore a tempo determinato, lo stato di disoccupazione instauratosi con l'iscrizione al centro per l'impiego). Se vi è continuità **non occorre presentare una nuova domanda di riduzione ma è sufficiente produrre gli attestati che dimostrino la propria posizione.**
10. Se la condizione che ha consentito di ottenere la riduzione contributiva o il contributo di solidarietà non è cambiata non occorre rinnovare la domanda di riduzione ogni anno.

11. Non hanno diritto alla riduzione del contributo previdenziale ENPAF i titolari di farmacia, i soci di società che gestiscono farmacie private ai sensi della legge n. 362/1991 i collaboratori di impresa familiare e in genere tutti gli associati agli utili della farmacia.
12. Non hanno diritto ad alcuna riduzione gli iscritti che svolgano attività professionale in relazione alla quale non sono soggetti ad altra previdenza obbligatoria oltre a quella dell'ENPAF (attività svolta in regime di collaborazione coordinata e continuativa ovvero con apertura di partita IVA, borse di studio non assoggettate all'obbligo della contribuzione alla Gestione Separata INPS).
13. La riduzione contributiva e il contributo di solidarietà attribuiti per lo stato di disoccupazione temporanea e **involontaria non possono essere conservati per più di cinque anni complessivi in tutta la durata del rapporto assicurativo con l'ENPAF.**

(PER SAPERNE DI PIÙ <https://www.enpaf.it>)

(IN BOLLO)

€ 16,00

All'Ordine dei Farmacisti

Via F. Scarpa 18

73100 LECCE

Il/La

sottoscritto/a

dr/dr.ssa

_____ (cognome e nome)

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

1) di essere nato/a a _____ il _____

2) di essere residente in _____

alla

via _____ n. _____ tel. _____

3) di essere cittadino/a (a) _____

4) di avere il seguente codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5) di essersi laureato/a in Farmacia C.T.F. (barrare la voce che

interessa)

presso l'Università di _____ in data _____

6) di essersi abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista:

presso l'Università di _____ nella _____ sess. anno _____

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/i
di _____

e di essere stato cancellato per i seguenti motivi:

- rinuncia all'iscrizione (Ordine/i
di _____)
- morosità nei confronti dell'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 NOTORIETÀ, DICHIARA**

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*.

E FA DOMANDA

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

(b) A tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine.

Allega:

- ricevuta del versamento di €. 168,00 sul c/c postale n. 8003 per tassa CC.GG;
- fotocopia bonifico di € 200,00 per contributo Ordine e tassa iscrizione;
- 2 foto formato tessera;
- fotocopia codice fiscale e documento d'identità;
- modulo per la richiesta della casella di posta certificata.

(luogo e data)

(firma)

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica:

- il proprio numero di cellulare _____;
- il proprio indirizzo e-mail _____;
- il proprio indirizzo PEC (se in possesso) _____;

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) Indicare “italiano/a” oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.
 - (b) barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.

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) _____

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 _____

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" presto il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ Data _____ / ____ / ____
Firma _____



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI LECCE

Via Francesco Scarpa 18 - 73100 Lecce - Telefono 0832372253 - Fax
E-Mail : ord.farm@clio.it pec: ordinefarmacistile@pec.fofi.it

MODULO PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI DISPONIBILI

Il modulo può essere compilato ed inviato tramite fax allo 0832/372253, o tramite E-mail a ord.farm@clio.it o per posta a **Ordine dei Farmacisti della Provincia di Lecce Via Scarpa 18 - 73100 Lecce.**

Nell'intento di rendere più aggiornato e reale l'elenco, **il modulo resterà valido per 30 giorni dalla data di compilazione.** Onde evitare la cancellazione automatica, se si desidera mantenere viva la richiesta, è necessario

riconfermare la disponibilità (anche telefonicamente) ogni 30 giorni.

DATA DI COMPILAZIONE	
COGNOME	
NOME	
INDIRIZZO	
COMUNE DI RESIDENZA	
PROVINCIA	
CAP	
TELEFONO	
SESSO	M___ F___
DATA DI NASCITA	
STATO CIVILE	CONIUGATO/A___ CELIBE___ NUBILE___
VOTO DI LAUREA (FACOLTATIVO)	
ORDINE PROVINCIALE DI ISCRIZIONE ATTUALE	
N.RO DI ISCRIZIONE ALBO	
ANZIANITA' DI LAVORO IN FARMACIA	PRIMO IMPIEGO__ 2 ANNI__ 5 ANNI__ 10 ANNI__ OLTRE___
DISPONIBILITA' OFFERTA	FULL TIME___ PART-TIME___ IMMEDIATA___ oppure DAL___
CONOSCENZE SPECIFICHE	OMEOPATIA ERBORISTERIA COSMESI___ PREPARAZIONI MAGISTRALI/GALENICHE__ LINGUE STANIERE___ INFORMATICA___
REFERENZE	
NOTE O CURRICULUM AGGIUNTIVO	

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE n. 679/2016 si informa che i dati forniti saranno pubblicati sulle pagine internet di quest'Ordine e resi noti a quanti ne faranno richiesta per offerte di lavoro.

Per autorizzazione: _____
firma