

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

(IN BOLLO)
€16,00

All'Ordine dei Farmacisti di Viterbo

Il/La sottoscritto/a Dr./D.ssa _____

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 (a)

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

2) di essere residente in (c) _____ via _____

C.A.P. _____ Tel. _____

3) di essere cittadino/a (d) _____

4) di avere il seguente codice fiscale _____

5) di aver conseguito la laurea in _____

Presso l'Università di _____ il ____/____/____

6) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista presso l'Università (e) _____ di _____ nella sessione _____

7) di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti di _____ al n° _____

8) di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine e all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)

9) di avere il pieno godimento dei diritti civili

10) 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 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 _____

presso _____

2) di avere i seguenti precedenti 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/a nella pubblica amministrazione ;

oppure

è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

è inquadrato/a nella qualifica funzionale e riveste il profilo professionale seguente:

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 (da barrare solo per chi non ha la residenza nella provincia di Viterbo)

(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, 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 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 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, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente).*

Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali (GDPR US 679/2016)

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 su i Suoi diritti.

Titolare dei trattamenti

Titolare dei trattamenti dei dati personali è
l'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI VITERBO

Finalità del trattamento e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato a:

- 1) tenuta dell'Albo professionale (con raccolta di fotografie 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) fornire servizi attinenti alla professione (es. consulenze previdenziali); inviare comunicazioni e informazioni periodiche utili alla professione e relative ad iniziative e ad attività dell'Ordine (al fine di inviare/ricevere materiale informativo, partecipare a indagini statistiche, mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili).

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 UE n.679/2016.

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 iscrizione.

Per quanto riguarda i dati che non siamo obbligati a conoscere, il loro mancato ottenimento potrà determinare difficoltà o 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 necessari alla verifica del corretto versamento della quota d'iscrizione.

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 potrebbero rivelare "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.

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 e le comunicazioni previste per legge.

L'Ordine dà notizia, anche on-line, sull'Albo professionale pubblico, dell'esistenza di provvedimenti che dispongono la sospensione o che incidono sull'esercizio della professione.

Potrà, inoltre, su Sua richiesta, 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 potranno essere trasferiti, solo su Sua richiesta, 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 del GDPR UE n.679/2016, tutti i dati a Lei riferiti verranno conservati a tempo indeterminato, anche dopo la cancellazione dall'Albo, come archiviazione storica, per rispondere alle norme di legge 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 GDPR UE n.679/2016, può inviare una richiesta scritta all'indirizzo postale del Titolare o scrivere in forma elettronica a:

	Punti di contatto
TITOLARE Ordine dei Farmacisti della provincia di Viterbo	eMail ordinefarmacistiviterbo@gmail.com PEC: ordinefarmacistivt@pec.fofi.it Telefono 0761/221810
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	dposervice@eps-italia.com Tel 02 40031996

(luogo e data)

(firma)

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, _____

Dichiaro di aver presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati

A. Consente l'utilizzo dei suoi dati per fornire servizi attinenti alla professione (es. consulenze previdenziali); inviare comunicazioni e informazioni periodiche utili alla professione e relative ad iniziative e ad attività dell'Ordine (al fine di inviare/ricevere materiale informativo, partecipare a indagini statistiche, mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili).

consente

non consente

Resta inteso che in qualsiasi momento Lei potrà revocare/variare il consenso, inviandone comunicazione scritta al Titolare del trattamento o on-line tramite il sito riservato agli iscritti dell'Ordine.

(luogo e data)

(firma)

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- CERTIFICAZIONE ATTESTANTE ASSOLVIMENTO OBBLIGO VACCINALE ANTI SARS-COV2 O ESENZIONE DALLA STESSA
- VERSAMENTO € **15,00** PER DIRITTI DI SEGRETERIA (TASSA ISCRIZIONE ALBO) – per il pagamento contattare la Segreteria dell'Ordine al n. tel. 0761/221810
- N° 2 FOTO TESSERA PER IL RILASCIO DEL TESSERINO DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto/a Dr./D.ssa

Essendo già in possesso di un indirizzo di posta elettronica con dominio: @pec. fofi.it e a seguito dell'iscrizione per trasferimento presso il Vs. Ordine Professionale, rivolgo formale richiesta a codesto Spett.le Ordine dei Farmacisti della Provincia di Viterbo di mantenere l'indirizzo di posta elettronica certificata.....

rilasciatomi dall'Ordine dei Farmacisti della Provincia di

Luogo e data

.....

Firma

.....

Io sottoscritto/a Dr./D.ssa

Dichiaro di aderire al servizio offerto dalla Società ARUBA e chiedo il rilascio di una casella di posta elettronica (PEC) a mio nome con la consapevolezza che, a seguito di cancellazione dall'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Viterbo o trasferimento presso altro Ordine Provinciale non aderente alla convenzione con la Società ARUBA, sarà disattivata alla scadenza fissata per il suo rinnovo.

Pertanto, da quella data tutte le comunicazioni, le mail e le informazioni in essa contenute non potranno più essere consultabili né recuperabili.

Oppure, se già in possesso della PEC,

Dichiaro di non aderire al servizio offerto dalla Società ARUBA in quanto già in possesso della casella di posta elettronica

.....

Luogo e data

Firma

.....

.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo n. 196/03

Gent. D.ssa/Egr. Dott., con la presente Le comunichiamo le modalità in merito al trattamento dei Suoi dati personali inseriti nella banca dati dell'Ordine nel rispetto del decreto legislativo 196/2003. Ai sensi dell'art.13 della citata legge, La informiamo che i dati sono raccolti al fine di permettere la consultazione ai fini istituzionali e per le comunicazioni da parte dell'Ordine dei Farmacisti e della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (F.O.F.I.).

Al titolare e al responsabile del trattamento potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art.7 del d.lgs. n. 196/2003, tra cui la conferma dell'esistenza o meno dei dati che lo riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco dei dati trattati, l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione di tali dati.

Il titolare del trattamento è la Federazione degli Ordini Farmacisti Italiani (F.O.F.I.) con sede legale in via Palestro n. 75 – 00185 Roma e l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Viterbo con sede in via Belluno n.28 – 01100 Viterbo; il responsabile del trattamento è la Società Studiofarma srl con sede in via Brixia Zust n.10 – 25125 Brescia; l'incaricato del trattamento è il Dott. Menditto Salvatore.

Al fine di esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. n°196/2003 potrà rivolgersi agli uffici della F.O.F.I. (tel. 06/4450361 e-mail: posta@fofi.it), dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Viterbo.

Consenso:

La sottoscritta/il sottoscrittodichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei propri dati personali ed esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nelle modalità sopra indicate.

Luogo e data

Firma

.....

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il Richiedente, 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.

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

N° Documento _____ Rilasciato da _____ In Data ___/___/___

Lì _____ 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.

Lì _____ 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.

Lì _____ Data _____ Firma _____