

DOMANDA DI REISCRIZIONE

(IN BOLLO)
€16,00

**All'Ordine dei Farmacisti di
della Provincia di Viterbo**

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____
(nome e cognome)

**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 _____
- 3) di essere cittadino/a (d)_____**
- 4) di avere il seguente codice fiscale**
1 1
- 5) di essere laureato/a in _____ presso l'Università di**
_____ il _____
- 6) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista presso l'Università**
di (e)_____ il _____
- 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 (o gli Ordini) di

e di essere stato cancellato per i seguenti motivi:

rinuncia all'iscrizione (Ordine/i di _____)

morosità nei confronti dell'Ordine (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 (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:

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 reinscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine.



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

INOLTRE, a tal fine

allega la ricevuta del bollettino di pagamento della tassa di concessione governativa (g);

oppure

si impegna a produrre l'attestazione del pagamento della tassa di concessione governativa (h)

(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) **L'iscrizione sarà efficace dalla data della deliberazione del Consiglio, se il pagamento sia stato effettuato prima di tale deliberazione**
 - (h) **Ove il pagamento sia successivo alla data di deliberazione del Consiglio, l'iscrizione decorrerà dalla data di pagamento**
 - (i) ***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 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
- N°2 FOTO TESSERA
- VERSAMENTO QUOTA ORDINE € **150,00** (€ 135,00 TASSA ISCRIZIONE ANNUA + € 15,00 DIRITTI DI SEGRETERIA) – PER IL PAGAMENTO DELLA QUOTA CONTATTARE LA SEGRETERIA DELL'ORDINE AL N. TEL. 0761/221810
- VERSAMENTO TASSA CONCESSIONE GOVERNATIVE € 168,00 SUL BOLLETTINO C/C POSTALE 8003 DISPONIBILE PRESSO GLI UFFICI POSTALI – TIPO VERSAMENTO: RILASCIO - N° CODICE 8617
- FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA'
- FOTOCOPIA CODICE FISCALE

Si fa presente che con l'iscrizione all'Albo Professionale dei Farmacisti il sanitario viene automaticamente iscritto alla Federazione Ordini Farmacisti Italiani (F.O.F.I.) e all'Ente Nazionale Previdenza Farmacisti (E.N.P.A.F.).

L'iscrizione all'E.N.P.A.F. comporta la messa a ruolo del sanitario iscritto all'Albo che si troverà a versare, l'anno successivo all'iscrizione, il contributo previsto dall'Ente in misura doppia (per l'anno 2018 ammontante ad euro 4.521,00) es. iscrizione anno 2018: a febbraio 2019 riscossione contributo anno 2018 e contributo anno 2019.

Si evidenzia che l'E.N.P.A.F., in mancanza di disposizioni inviate dal sanitario nuovo iscritto, metterà a ruolo lo stesso per il contributo intero.

Si riporta di seguito un riepilogo predisposto dall'E.N.P.A.F. relativo riscossione dei contributi previdenziali.

CONTRIBUTI – domanda di riduzione

La domanda di riduzione contributiva ovvero quella diretta ad ottenere il contributo di solidarietà per chi si iscrive per la prima volta o si reiscrive all'Ente deve essere trasmessa, a pena di decadenza, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di iscrizione all'Albo professionale.

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; infatti, per ottenere l'aliquota contributiva richiesta è necessario che l'iscritto si trovi nella condizione prevista per il periodo minimo stabilito con riferimento a ciascun anno solare (6 mesi ed un giorno ovvero, per l'anno di prima iscrizione, la metà più un giorno del periodo di iscrizione stesso).

E' importante sottolineare che nonostante il pagamento avvenga l'anno successivo a quello di iscrizione la contribuzione è dovuta anche per l'anno di iscrizione. Ne consegue che i bollettini di pagamento contengono le quote contributive riferite ad un biennio.

Atteso che i bollettini per la riscossione dei contributi vengono recapitati entro il primo trimestre dell'anno, può accadere che il farmacista nuovo iscritto non abbia ancora richiesto la riduzione che gli spetta 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, ma, se nel diritto, può ignorare il pagamento, chiedere la riduzione nei termini indicati ed ottenere l'invio di bollettini con gli importi contributivi ridotti, con l'emissione di fine anno.

A partire da quest'anno, in conseguenza della entrata in vigore della modifica del regolamento, anche i vecchi iscritti avranno la possibilità di presentare la domanda di riduzione ovvero il contributo di solidarietà entro il 30 settembre .

CONTRIBUTI – contributo di solidarietà per disoccupazione

A decorrere da quest'anno nel caso in cui il contributo di solidarietà venga richiesto in forza di un rapporto di lavoro dipendente, lo stesso sarà pari al 3% del contributo previdenziale intero mentre nel caso in cui se ne usufruisca perché si è in stato di disoccupazione temporanea ed involontaria lo stesso sarà pari all'1% del contributo previdenziale intero (le quote di assistenza e indennità di maternità sono comunque dovute).

RIDUZIONI

Il contributo previdenziale ENPAF è stabilito in cifra fissa, tuttavia ove l'iscritto appartenga ad alcune categorie ha la possibilità di chiedere la riduzione del contributo in particolare:

- riduzione nella misura del 33,33%, del 50% ovvero dell'85% agli iscritti che esercitino attività professionale in relazione alla quale siano soggetti per legge all'assicurazione obbligatoria ovvero ad altra forma di previdenza obbligatoria;
- riduzione nella misura del 33,33%, del 50% ovvero dell'85% agli iscritti che si trovino in condizione di disoccupazione involontaria con inserimento nelle liste anagrafiche dei competenti Centri

per l'impiego. La riduzione massima dell'85% può essere conservata per non più di cinque anni contributivi complessivi, una volta superato questo periodo il soggetto che permanga in stato di disoccupazione ha diritto alla riduzione massima del 50% in quanto equiparato all'iscritto che non esercita attività professionale;

- riduzione nella misura del 33,33% ovvero del 50% per gli iscritti i quali non esercitino attività professionale;
- riduzione nella misura massima del 33,33%, del 50% ovvero dell'85% per gli iscritti che siano titolari di pensione diretta (vecchiaia, anzianità, invalidità) erogata dall'ENPAF e nel contempo non esercitino attività professionale;
- riduzione nella misura del 33,33% ovvero del 50% per gli iscritti che siano titolari esclusivamente di pensione erogata da Ente di previdenza diverso dall'ENPAF e non esercitino attività professionale (tale disposizione avrà effetto a decorrere dal 2005 per l'anno 2004 temporaneamente trova ancora applicazione l'ipotesi precedente).

Chi sceglie di versare il contributo previdenziale in misura ridotta otterrà una prestazione pensionistica proporzionalmente ridotta. L'ENPAF, infatti, è un ente di previdenza a prestazione definita (salvi gli adeguamenti periodici in proporzione all'indice ISTAT) e a contribuzione variabile (il cui importo viene fissato anno per anno), l'ammontare della prestazione finale è commisurato alla contribuzione intera, la scelta di versare contributi ridotti comporta quindi una correlativa diminuzione dell'ammontare finale maturato.

CASI PARTICOLARI

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.

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):

TERMINI DI DECADENZA

La riduzione del contributo previdenziale non è attribuita d'ufficio a chi si trovi in una delle condizioni indicate dal Regolamento (articolo 21) bensì viene riconosciuta soltanto dietro presentazione della relativa domanda redatta sulla modulistica predisposta dagli Uffici.

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.

CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ

Coloro che si iscrivano a partire dal 1° gennaio 2004 hanno facoltà di chiedere di versare il contributo di solidarietà in luogo della contribuzione previdenziale seppure nella forma ridotta prevista; oltre al contributo di solidarietà l'iscritto dovrà versare anche quello per la gestione assistenza e per l'indennità di maternità.

CHI PUÒ OPTARE PER IL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ

- gli iscritti che esercitino attività professionale in relazione alla quale siano soggetti all'assicurazione generale obbligatoria ovvero ad altra previdenza obbligatoria e che non abbiano redditi professionali esenti da contribuzione previdenziale:
- gli iscritti che si trovino in condizione di disoccupazione involontaria. La contribuzione di solidarietà e/o la riduzione contributiva massima non potranno essere conservate in ogni caso per più di cinque anni complessivi.

Caratteristiche del contributo di solidarietà

Il contributo di solidarietà non è utile all'iscritto per maturare il diritto alla pensione di vecchiaia, di anzianità ovvero di invalidità, conseguentemente non è utile neanche ai fini della pensione ai superstiti. Il contributo di solidarietà non è oggetto di restituzione ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento ENPAF e non può essere reintegrato a quota intera in base all'articolo 22 del Regolamento. Il contributo non può essere trasferito ad altro Ente nell'ambito delle procedure di ricongiunzione nè è utile ai fini della totalizzazione.

Nel periodo in cui il soggetto versa il contributo di solidarietà matura, tuttavia, l'anzianità di iscrizione. termini di decadenza

Anche per il contributo di solidarietà valgono le considerazioni fatte per la riduzione contributiva; i termini per presentare la domanda per essere ammessi a versare il contributo di solidarietà sono gli stessi indicati per la riduzione. La domanda deve essere presentata tramite la modulistica a tal fine predisposta.

Per presa visione

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 _____

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

.....

.....