



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI CATANZARO

Via Italia, 81 - 88100 Catanzaro - Telefono 0961/723015 - Fax 0961/744647
www.ordinefarmacisti.cz.it - E-Mail : ordinefarmacisti.cz@virgilio.it - PEC : ordinefarmacisticz@pec.fofi.it

Documenti per l'iscrizione All'Albo Professionale

1. *Domanda in bollo da € 16,00 come da modello allegato ;
La domanda contiene già in autocertificazione i seguenti certificati :*
 - *Certificato cumulativo di nascita residenza e cittadinanza italiana;*
 - *Certificato generale del casellario giudiziale;*
 - *Certificato di Abilitazione all'esercizio professionale;*
 - *Certificato di Laurea.*

Anche se non obbligatori per la procedura d'iscrizione , se già in possesso, si consiglia di esibire all'atto dell'iscrizione i certificati di Laurea e di Abilitazione all'esercizio professionale in originale;
2. *Ricevuta di versamento di € 168,00 da effettuarsi sul c/c postale n.8003 a favore di "AGENZIA DELLE ENTRATE - CENTRO OPERATIVO DI PESCARA - TASSA CONCESSIONI GOVERNATIVE " , come codice tariffa indicare "8617", in base a quanto esplicito sul retro del bollettino, come "tipo di versamento" sbarrare "rilascio"; causale: *tassa iscrizione Albo Professionale dei Farmacisti;**
3. *Ricevuta di versamento di € 130.00 da effettuarsi sul c/c postale n.49898265 intestato a Ordine Provinciale Farmacisti Catanzaro causale " iscrizione Albo Professionale " ;*
4. *Fotocopia firmata del tesserino del codice fiscale;*
5. *Fotocopia documento di riconoscimento valido fronte e retro firmato;*
6. *N. 2 fotografie uso tessera per il rilascio del tesserino.*

L'iscrizione presso l'Albo Professionale obbliga alla registrazione presso l'ENPAF (Ente Nazionale Previdenza e di Assistenza Farmacisti), la documentazione e le modalità di pagamento in merito, potranno essere scaricate tramite Internet presso l'indirizzo dell'Ente www.enpaf.it , oppure presso gli uffici dell'Ordine.



All'Ordine dei Farmacisti di CATANZARO

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) numero telefono _(i) _____ fax _____ cell. _____

4) e-mail _(i) _____ PEC _____

5) di essere cittadino/a _(d) _____

6) di avere il seguente codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7) di essere laureate/a in _____

8) presso l'Università di _____ data _____

9) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista presso l'Università di:

(e) _____ sessione _____

10) di avere il pieno godimento dei diritti civili

11) 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

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

13)

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 motive:

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 motive 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 iscritto/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) (l)

-
- (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 data.
- (h) Ove il pagamento sia successivo alla data di deliberazione del Consiglio , l'iscrizione decorrerà dalla data di pagamento.
- (i) 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 delle newsletter del quotidiano on-line federale, per l'invio delle informazioni relative all'accesso ai siti internet di proprietà dell'Ordine e della Federazione nonché per comunicazioni istituzionali e professionali della F.O.F.I. e degli Ordini. Il conferimento dei dati è facoltativo ma non consentirà l'accesso al servizio.
- (l) 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 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (EX ARTT. 13 E 14 REG.TO UE)

Gentile farmacista,

ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, Vi informo che i dati personali da Voi forniti ed acquisiti da codesto Ordine saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal premesso Regolamento. Titolare del trattamento è l'Ordine dei Farmacisti della provincia di Catanzaro, con sede legale in Catanzaro Via Italia n. 81. Punti di contatto sono l'indirizzo mail ordinefarmacisticz@pec.fofi.it e il riferimento con i punti di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati, la quale mail è danielemallamo@emmequadrosrl.it.

Finalità del trattamento

Il trattamento è finalizzato unicamente alla tenuta dell'Albo Professionale ed all'esercizio delle altre funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dei Farmacisti dalla Legge. Altra finalità è l'informazione, tramite servizi di posta ordinaria ed elettronica, ai Farmacisti, mediante l'invio di newsletter e comunicazioni di carattere generale, emanate dal Titolare.

Modalità del trattamento dei dati personali

Il trattamento è realizzato attraverso operazioni, con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, consistenti nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione di tali dati. Il trattamento è svolto dal titolare e dagli incaricati espressamente autorizzati e nominati dal titolare.

Conferimento dei dati e rifiuto

Il conferimento dei dati personali comuni e identificativi è necessario ai fini dello svolgimento delle attività espletate dall'Ordine o per le altre da Voi richieste. Il rifiuto dell'interessato nel conferire i dati personali comporta l'impossibilità di adempiere all'attività. Per l'invio di materiale pubblicitario, la base giuridica del trattamento è basata sul consenso espresso da parte dell'interessato. Vi sarà apposta sezione nei documenti ufficiali di iscrizione, rinnovo.

Comunicazione dei dati

I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge. Essi possono venire a conoscenza esclusivamente per le finalità del trattamento.

Conservazione dei dati

I dati personali saranno conservati per il tempo necessario all'attività dell'Ordine, compatibilmente alla vostra iscrizione e, in ogni caso, per un tempo non superiore a dieci anni. A livello informatico, sono state adottate misure di protezione idonee a garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei soggetti autorizzati dal Titolare, nel rispetto del segreto deontologico. Sono tenuti a queste cautele anche gli eventuali studi esterni, i quali sono nominati dall'Ordine Responsabili Esterni del Trattamento. Elenco esaustivo dei responsabili può essere consultato presso la sede legale.

Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto:

- di **chiedere** al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- di **ricevere** in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti;
- di **revocare** il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- di **proporre reclamo** all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali. L'esercizio dei premissi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo mail: garante@gpdp.it; o tramite racc. a/r all'indirizzo P.zza di Monte Citorio n. 121, IT-00186, Roma

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO

L'Interessato _____ dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR ed esprime il proprio consenso esplicito, libero ed informato al trattamento dei propri dati personali:

- ✓ di natura non particolare (come definiti dal GDPR) esclusivamente per l'esecuzione dei relativi trattamenti come descritti nella Informativa;

SI

NO

FIRMA : _____

- ✓ attività di marketing, offerte commerciali e informazioni relative all'Ordine, mediante mail, posta ordinaria o telefono

SI

NO

Mail di riferimento _____

FIRMA : _____

Luogo e data: _____

A cura del Partner Aruba Pec

ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI CATANZARO
Ragione Sociale

80004260792

C.Fisc

VITALIANO CORAPI

Legale Rappresentate (Nome Cognome)

Timbro

Firma

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

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

A _____ Pr (_____) Cod.Fisc. _____

Residente a _____ C.A.P. _____ Pr. (____)

In Via/Piazza _____ Nr. _____

Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____

E-Mail _____@_____

Documento identità (da allegare alla presente): Carta d' Identità Patente di Guida Passaporto

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ In Data ____/____/____

Da compilarsi solo in caso di Libero Professionista/Persona Giuridica/Ditta Individuale:

Libero Professionista P. Iva _____, con sede in _____

C.A.P. _____ Via/Piazza _____ Nr. _____

Legale Rappresentante della Società/Ente/Associazione/Ditta Individuale denominata: _____

_____ Cod.Fisc./P. Iva _____

con sede in _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ Nr. _____

con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), **dichiara**, ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri, e **propone** ad Aruba Pec S.p.A. ed al Partner sopra individuato, di concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata), secondo i termini e le condizioni indicate nelle **Condizioni Generali di Contratto Posta elettronica certificata** e nel **Manuale Operativo**, pubblicati alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare nel loro contenuto.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____

Ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 2) Oggetto del Contratto; 3) Conclusione del contratto, durata e rinnovo; 4) Requisiti; 6) Livelli di servizio; 8) Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 9) Limitazioni di responsabilità del Gestore; 13) 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 e Timbro** _____

Preso atto dell'Informativa di cui all'art. 13 D.lgs. 196/2003, contenuta all'art. 12 delle Condizioni Generali di Contratto Posta Elettronica Certificata, il Sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

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

A _____ PR (____) Cod.Fisc. _____

Residente a _____ PR (____)

in Via/Piazza _____ Nr° _____

Recapito Telefonico _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA:

Di Possedere La Qualità Di Legale Rappresentante Della Seguente Impresa:

Ragione Sociale _____

Con Sede Legale In _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ Nr° _____

Con Partita I.V.A. Nr° _____

e/o Codice Fiscale Nr° _____

Luogo E Data

Firma Del/la Dichiarante
(Per Esteso e Leggibile)

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa presente nelle condizioni generali di contratto e delle informazioni ivi contenute fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e presta il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità ivi previste.

Luogo E Data

Firma Del/la Dichiarante
(Per Esteso e Leggibile)

Allegare Copia Documento Di Identità Valido E Leggibile