

applicare bollo
da € 16,00

(riservato all'ufficio)
Reiscritto/a con delibera Consiliare
del _____
al numero _____
già Frosinone dal _____ al _____
n° posizione _____

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

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

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge 15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti degli artt. 2 e 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni ed integrazioni, e degli artt. 1 e 2 del D.P.R. n. 403/1998,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,
DICHIARA**

1) di essere nato/a a _____ : _____ il _____
(Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo Stato in cui si è nati)

2) di essere residente in _____ tel. _____
(Indicare il CAP, il Comune, la Provincia e la via, alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a)
domiciliato in _____

E-mail: _____

3) di essere cittadino/a _____
(Indicare "Italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini)

4) di aver conseguito il diploma di laurea in: FARMACIA - C.T.F.
presso l'Università degli Studi di _____ il _____

5) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista avendo sostenuto l'esame di Stato presso l'Università di _____
nella prima - seconda sessione dell'anno _____
(* oppure nel mese di _____ dell'anno _____)

6) di avere il seguente codice fiscale _____

7) di essere stato iscritto a codesto Ordine dal _____ al _____
n° posizione _____

inoltre,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ,
DICHARA**

di avere il pieno godimento dei diritti civili

di non avere precedenti penali oppure di avere _____

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: _____

inquadrate/a nella seguente 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 (a tal fine produce il nulla-osta dell'amministrazione da cui dipende)

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*".

Allega la ricevuta del bollettino di pagamento della tassa di concessione governativa; (*)

OPPURE

Si impegna a produrre l'attestazione del pagamento della tassa di concessione governativa (**)

e FA DOMANDA

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

Data _____

Firma (2)

(2) POICHÉ LA DOMANDA CONTIENE ANCHE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE;

OPPURE, SE INVIATA PER POSTA O PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI FROSINONE

Piazza Aonio Paleario,7
03100 Frosinone

GDPR- REGOLAMENTO UE 2016/679

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Desideriamo informarLa che il GDPR- Regolamento UE 2016/679, prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Pertanto ai sensi dell'art. 12, 13 e 14 del GDPR- Regolamento UE 2016/679, Le forniamo le seguenti informazioni:

- Titolare del trattamento dei dati è l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone, Piazza Aonio Paleario,7 - 03100 Frosinone - tel. 0775210377 - email: info@ordinefarmacistifr.it - PEC: ordinefarmacistifr@pec.fofi.it.
- Il responsabile della sicurezza dei dati è il Dott. Antonio Venezia, tel: 069701798 - email: antoniovenezial954@gmail.com - PEC: antoniovenezial@legalmail.it;
- Il conferimento dei suoi dati personali sarà finalizzato all'esecuzione dei compiti istituzionali fissati dalla legge da parte dell'Ordine professionale dei Farmacisti nonché all'erogazione dei servizi da Voi eventualmente richiesti. Tale conferimento ha natura obbligatoria e pertanto un suo eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterà la impossibilità di procedere allo svolgimento delle attività richieste e di adempiere agli obblighi previsti dalla legge;
- I suoi dati personali potranno essere comunicati a terzi esclusivamente per lo svolgimento delle attività connesse all'attività dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone (ns. dipendenti e/o collaboratori autorizzati al trattamento dei dati, FO.FI, ENPAF, Comuni, Asl, Procura della Repubblica, Prefetture), per adempimenti obbligatori in forza di legge.
- Il trattamento dei dati sarà effettuato con modalità cartacee, informatiche e telematiche e non potranno essere utilizzati strumenti automatizzati per attività di profilazione.
- I dati personali da Lei forniti verranno raccolti e custoditi nel pieno rispetto del principio di liceità così come sancito dall'art. 6 del regolamento UE 679/2016. La liceità del trattamento trova il suo fondamento giuridico nel consenso rilasciato e nell'adempimento di obblighi di legge e/o di obbligazioni di natura contrattuale/precontrattuale;
- I dati saranno conservati per il tempo indicato dalle vigenti normative per fini per i quali sono stati raccolti, fatti salvi i periodi di conservazione obbligatori previsti dalle normative di riferimento;
- In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti, inclusa la possibilità di richiesta di accesso ai suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi rivolgendosi al titolare del trattamento dei dati (Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone), o al Responsabile della sicurezza dei dati (Dott. Antonio Venezia) con le modalità di contatto sopra indicate, ai sensi dell'art. 15 del GDPR- Regolamento UE 2016/679.
- Nel caso ritenesse necessario proporre un reclamo presso un'autorità di controllo potrà indirizzarlo all'ufficio del Garante della Privacy - P.zza Monte Citorio n° 121 - 00186 Roma.