

applicare bollo
da € 16,00

(riservato all'ufficio)
Iscritto/a con delibera Consiliare del _____
al numero _____

**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 (a)**

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

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

domiciliato (solo se diverso dalla residenza) _____

E-mail : _____

PEC: _____

3) di essere cittadino/a (d) _____
(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** _____
con voto: _____

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** _____

Con voto _____ **(e)**

6) di avere il seguente codice fiscale _____

inoltre,
**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ,
DICHIARA**

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 _____)

di avere il pieno godimento dei diritti civili

di non avere precedenti penali

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: _____,

inquadrato/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".

da barrare solo se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine

di esercitare attività professionale nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei Farmacisti di _____ presso la seguente farmacia/Azienda

_____ e, a tal fine, produce la
relativa dichiarazione del datore di lavoro.

e FA DOMANDA

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

Allega, quindi, a corredo della domanda, la documentazione richiesta.

A tal fine, dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine. (f) *(solo se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.)*

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)

Data _____

Firma (1)

(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.

© Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato è iscritto.

(d) Indicare "italiano/a" oppure lo stato estero di cui si è cittadini.

(e) Indicare luogo e data di 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 del pagamento.

(1) 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;

SE INVIATA PER POSTA O PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI UN 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, purchè munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente).

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.