ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TRENTO
38121 TRENTO - Via Valentina Zambra, 16 - Tel. 0461 82 50 94 - Fax 0461 82 57 68
e-mail: info@ordinefarmacistitrento.it pec: ordinefarmacistitn@pec.fofi.it
Cod. Fisc. 80013330222

All'Ordine dei Farmacisti
della provincia di Trento
Via Valentina Zambra 16
38121 TRENTO

MARCA DA BOLLO

EURO 16,00

OGGETTO: 1. PRIMA ISCRIZIONE
2. ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE
3. REISCRIZIONE
4. CANCELLAZIONE
5. ISCRIZIONE ALL'ALBO D'ONORE (in carta semplice)

Il sottoscritto Dott.....

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

DICHIARA

□ di essere nato a ..... prov. ..... il .....

□ codice fiscale n..... □ codice ENPAF .....

□ di essere residente a ..... prov. ..... cap ..... in via..... n. .....

□ recapito per eventuale corrispondenza (se diverso dalla residenza):

via ..... n. ..... comune .....cap ..... prov. .....

□ recapito telefonico ..... □ di essere cittadino .....

□ indirizzo e-mail ..... □ indirizzo Pec .....

□ di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di ..... prov. .....

□ di aver conseguito il diploma di laurea in ..... il .....

presso l'Universita' degli Studi di ..... con voto .....

□ di aver superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di .....il.....

presso l'Universita' degli Studi di .....

□ di svolgere la propria attivita' professionale presso .....

☐ di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di Trento al n. ..... dal .....

☐ di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di ..... al n. ..... dal .....

☐ di essere stato iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di ..... al n. ..... dal .....

☐ di non essere stato cancellato per morosita' e irreperibilita', ne' di essere stato radiato da alcun altro Ordine provinciale

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente, per iscritto, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio, mail, pec, etc.. L'Ordine declina ogni responsabilità per mancato recapito di corrispondenza in caso di non avvenuta comunicazione formale di variazione di dati

☐ di essere stato informato sulle finalita' e modalita' del trattamento cui sono destinati i dati personali, ai sensi della legge 675/96.

DICHIARA ALTRESI'

☐ **di avere** ☐ **di non avere**
riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

☐ **di essere** ☐ **di non essere**
a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

☐ **di avere** ☐ **di non avere**
riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale

☐ **di avere** ☐ **di non avere**
riportato condanne penali (produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)

☐ **di godere** ☐ **di non godere**
dei diritti civili

☐ **di essere** ☐ **di non essere**
interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

☐ **di avere** ☐ **di non avere**
presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo

☐ **di avere** ☐ **di non avere**
procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza

☐ **di essere** ☐ **di non essere**
in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'Enpaf alla data di presentazione della domanda

☐ **di essere** ☐ **di non essere**
iscritto in altro Ordine provinciale dei Farmacisti

Il sottoscritto Dott..... per quanto sopra dichiarato

CHIEDE

1. **L'ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

Allega:

- certificato di laurea (o autocertificazione) e certificato di esame di stato (o autocertificazione)
- ricevuta versamento della tassa di concessione governativa di Euro 168 sul c/c 8003 (presso Ufficio Postale)
- ricevuta versamento della quota associativa di Euro 156. Il pagamento della quota deve essere effettuato tramite il circuito PagoPA. Per ricevere il bollettino di pagamento, si prega di inviare una mail all'indirizzo info@ordinefarmacistitrento.it con i seguenti dati: codice fiscale, cognome, nome, indirizzo, città, cap, provincia, nazione e mail
- fotocopia certificato di vaccinazione covid-19
- fotocopia documento d'identità e fotocopia del codice fiscale
- 2 foto formato tessera

2. L'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DALL'ORDINE DEI FARMACISTI DI .....

Allega:

- fotocopia documento d'identità e fotocopia del codice fiscale
- 2 foto formato tessera
- fotocopia versamenti quota Ordine e quota Enpaf dell'anno in corso
- fotocopia certificato di vaccinazione covid-19

3. LA REISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Allega:

- ricevuta versamento tassa di concessione governativa di Euro 168 sul c/c 8003 (presso Ufficio Postale)
- ricevuta versamento della quota associativa di Euro 180. Il pagamento della quota deve essere effettuato tramite il circuito PagoPA. Per ricevere il bollettino di pagamento, si prega di inviare una mail all'indirizzo info@ordinefarmacistitrento.it con i seguenti dati: codice fiscale, cognome, nome, indirizzo, città, cap, provincia, nazione e mail
- fotocopia documento d'identità e fotocopia del codice fiscale
- 2 foto formato tessera
- fotocopia certificato di vaccinazione covid-19

4. LA CANCELLAZIONE DALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TRENTO

con decorrenza dal .....

Allega:

- fotocopia documento d'identità

5. L'ISCRIZIONE ALL'ALBO D'ONORE

(l'iscrizione all'Albo d'Onore puo' essere richiesta solo dai Farmacisti cancellati dall'Ordine)

DATA ..... FIRMA DEL RICHIEDENTE .....

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.

Data ..... Firma .....

Dichiara di essere stato informato sulla richiesta da effettuare all'E.n.p.a.f. in relazione alla riduzione del contributo.

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, ivi compresa la pubblicazione sull'Albo di altri dati non obbligatori (es. numero telefonico, e-mail, etc.)

Data ..... Firma .....

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

INFORMATIVA BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'Ordine dei Farmacisti della provincia di Trento, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati", c.d. "Data Protection Officer" (nel seguito il "DPO"), i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

****

Il sottoscritto dott./ssa .....
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data ..... Firma .....

AVVERTENZA: Ai sensi delle Disposizioni in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive art. 15 L.n. 183/2011 la presente Amministrazione Pubblica non richiede certificati all'interessato.
Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Il sottoscritto ..... incaricato attesta ai sensi dell'art. 30 del T.U. D.P.R. 445/2000, che il Dott. ..... identificato a mezzo di ..... ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

Data _____

_____