



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TRENTO

38121 TRENTO - Via Valentina Zambra, 16 - Tel. 0461 825094 - Fax 0461 825768
C.F. 80013330222

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

Marca da
bollo

- 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.....

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

(barrare solo le voci che interessano)

di essere nato a prov. () il
codice fiscale n..... codice ENPAF
di essere residente a prov. () in via.....
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 avere il pieno godimento dei diritti civili
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 morosità e irreperibilità, né di essere stato radiato da alcun altro Ordine provinciale

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali, ai sensi della legge 675/96.

Il sottoscritto Dott.

per quanto sopra dichiarato

CHIEDE

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

Allega:

- certificato del Casellario Giudiziale (o dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)
- certificato di laurea (o autocertificazione)
- 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 150 tramite bonifico bancario codice Iban IT 24 H 083 0401 8210 0002 1313 167 intestato all'Ordine dei Farmacisti presso Cassa Rurale di Trento Filiale 18 Solteri
- fotocopia del numero di codice fiscale
- 1 foto formato tessera (2 foto se viene richiesto il tesserino di riconoscimento)

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

Allega:

- certificato del Casellario Giudiziale (o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
- fotocopia del numero di codice fiscale
- 1 foto formato tessera per il tesserino di riconoscimento
- fotocopia versamenti quota Ordine e quota Enpaf dell'anno in corso

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

Allega:

- certificato del Casellario Giudiziale (o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
- ricevuta versamento tassa di concessione governativa di Euro 168 sul c/c 8003 (presso Ufficio Postale)
- ricevuta di versamento della quota associativa di Euro 180 tramite bonifico bancario codice Iban IT 24 H 083 0401 8210 0002 1313 167 intestato all'Ordine dei Farmacisti presso Cassa Rurale di Trento Filiale 18 Solteri
- fotocopia del numero di codice fiscale
- 1 foto formato tessera per il tesserino di riconoscimento

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

con decorrenza dal

Allega:

- dichiarazione sostitutiva atto di notorietà

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.....

Recapito per eventuale corrispondenza (se diverso dalla residenza anagrafica):

Comune.....CAP.....Prov. ()

Via/Piazza/Loc.....n.....

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.

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

Il sottoscritto.....incaricato, attesta, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott.....identificato a mezzo di ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza