

DOMANDA DI ISCRIZIONE

*In bollo
da € 16,00*

All'Ordine Provinciale dei
farmacisti di Reggio Calabria

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 _____ il _____

2) di essere residente in _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail: _____

domiciliato/a _____

3) di essere cittadino/a _____

4) di avere il seguente codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | |

5) di essere laureato/a in _____

presso: _____ in data: _____

6) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista:

presso _____ in data: _____

7) di avere il pieno godimento dei diritti civili

8) 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

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

10)

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) _____

**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) (i)

- _____
- (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 si stato effettuato prima di tale deliberazione.*
 - (h) *Ove il pagamento sia successivo alla data di deliberazione del Consiglio, l'iscrizione decorrerà dalla data di pagamento*
 - (i) **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).**

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 quest'Ordine e dalla Federazione degli Ordini de3i 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 .

Autorizzo Codesto Ordine Professionale e la Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani al trattamento di tali dati personali, che non saranno utilizzati ai fini divulgativi, ma esclusivamente per comunicazioni istituzionali e professionali

(luogo e data)

(firma))