Bollo

€ 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riservata all’Ufficio

Prot.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere cittadino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di avere il seguente codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|;
5. di essersi abilitato/a all’esercizio della professione di Farmacista presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. di avere il pieno godimento dei diritti civili;
7. di non avere 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.
8. di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali.

* 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

(art. 47 D.P. 28 dicembre 2000, n. 445)

1. di esercitare la professione di farmacista nell’ambito della circoscrizione dell’Ordine dei Farmacisti di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di avere i seguenti precedenti penali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. 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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

è inquadrato/a nella 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;

€ 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 dell’Ordine dei farmacisti della provincia di Messina.**

A tal fine dichiara che:

🗆 intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell’Ordine.

INOLTRE, a tal fine

allega la ricevuta (attestato) del bollettino di c.c.p. inerente al pagamento della tassa di concessione governativa e la fotocopia del documento d’identità e del codice fiscale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(luogo e data)*

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero di cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed il proprio indirizzo email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Informativa

Tali dati verranno acquisiti dall’Ordine e dalla Federazione degli Ordini Farmacisti Italiani (FOFI) e trattati ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali con le seguenti finalità: per l’invio della newsletter del quotidiano online federale, per l’invio delle informazioni relative all’accesso ai siti internet di proprietà dell’Ordine e della FOFI 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 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.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(luogo e data)*

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_