

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PER TRASFERIMENTO

in bollo

€16,00

**All'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Pordenone**

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 28.12.00,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI, DICHIARA (a)

1) di essere nato/a a __ (b) _____ il _____

2) di essere residente a __ (c) _____ CAP _____,

Via _____, tel. _____

Cellulare _____ e-mail _____

3) di essere cittadino/a __ (d) _____

4) di avere il seguente codice fiscale: _____

5) di aver conseguito la laurea in __ (e) _____, in data _____,

presso l'Università di _____

6) di essersi abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista: __ (f) _____

presso l'università di _____

7) di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti di _____

al numero _____, dal _____

8) di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine, alla FOFI e all'ENPAF

9) di avere il pieno godimento dei diritti civili

10) 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

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

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', 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:

TEL. _____

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 vigente a lui/lei applicabile, non gli 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"

4) di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari

E FA DOMANDA

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

(g) A tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine;

Informativa

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. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma il mancato conferimento non consentirà l'accesso ai servizi.

(luogo e data)

(firma) (h)

ALLEGATI :

- 1) **Fotocopia carta d'identità**
- 2) **Fotocopia codice fiscale**
- 3) **N. 2 foto tessera**
- 4) **Consenso al trattamento dei dati personali**

- (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 "Farmacia" o "CTF"
- (f) Indicare luogo e data di conseguimento dell'abilitazione.
- (g) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine presso il quale richiede di trasferire la propria iscrizione, e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.
- (h) 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 d'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 di altra segnatura equivalente).**