

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

Marca
da bollo
€ 16,00

All'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Pordenone

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____
(cognome e nome)

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 28.12.2000,

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

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

2) di essere residente in __ (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 _____ Sessione _____ Anno _____

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/i di _____

morosità nei confronti dell'Enpaf _____

radiazione dall'albo Ordine/i di _____

altro (specificare motivi e Ordine/i) _____

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 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: _____ telefono _____
_____ 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"

3) che non sussistono le cause preclusive per l'iscrizione all'Albo dei Farmacisti previste dall'art. 102 del T.U.LL.SS. - R.D. n. 1265/1934

E FA DOMANDA

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

(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) Ricevuta Tassa Concessione Governativa (L'iscrizione sarà efficace dalla data della deliberazione del Consiglio, se il pagamento sia stato effettuato prima di tale deliberazione)
4) N. 2 foto (n.1 in formato tessera e n. 1 in formato digitale jpg)
5) 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 "CTP"

(f) Indicare luogo e data di conseguimento dell'abilitazione.

(g) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine 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).**