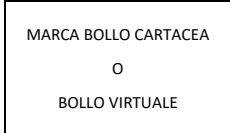


DOMANDA DI ISCRIZIONE
PER TRASFERIMENTO



Il/La Sottoscritto/a _____

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)

- di avere il seguente codice fiscale (*)
- di essere nato/a a _____ Prov. _____ il _____ (*)
- di essere residente a _____ Prov. _____ (*)
in Via _____ n. _____ C.a.p. _____ (*)
- di essere cittadino/a _____ (*)
- di aver conseguito la Laurea in _____
presso _____ il _____ (*)
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista presso _____
_____ nella sessione ____/____ (*precisare sessione ed anno*) (*)
- di avere (*oppure*) di non avere il pieno godimento dei diritti civili (*)
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (*oppure*) di aver riportato le condanne penali o provvedimenti iscritti nel casellario giudiziale di seguito indicati _____
_____ (*precisare reato, Autorità, numero e data della sentenza*) (*)
- di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso (*oppure*) di avere a proprio carico i seguenti procedimenti penali in corso: _____ (*precisare reato contestato e Tribunale competente*) (*)
- di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dei Farmacisti tenuto dall'Ordine di _____ n. iscrizione _____ data iscrizione _____ (*)

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ,

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

- di non essere impiegato/a nella pubblica amministrazione (*oppure*) di essere impiegato/a nella seguente P.A. _____ (*precisare P.A. e rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale*) e come tale, in base all'ordinamento a sé applicabile non gli/le è vietato l'esercizio della libera professione (*oppure*) è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale (*oppure*) gli/le è consentita l'iscrizione all'Albo professionale, nell'elenco speciale (*)
- di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata _____
(*oppure*) di non avere ancora la P.E.C. e di richiederne l'attivazione all'Ordine (*)
- di avere il domicilio a _____ Prov. _____ in via/piazza/altro _____
_____ n. _____ C.A.A. _____ (*barrare e indicare solo se diverso rispetto alla residenza*) (*)

I campi con accanto un asterisco () sono obbligatori.*

Le informazioni inserite sono rese in forma di Autocertificazione/Autodichiarazione ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (art. 76 del medesimo decreto: sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci), prestare la massima attenzione sulla completezza, correttezza e veridicità dei dati forniti.

- di avere regolarmente eseguito il pagamento di tutti i contributi dovuti al suddetto Ordine e all'Ente di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF) (*)
- di non essere a conoscenza di avere procedimenti disciplinari in corso né di essere sospeso/a dall'esercizio della professione (oppure) di avere a proprio carico i seguenti procedimenti disciplinari in corso e/o di essere sospeso/a dall'esercizio della professione _____ (precisare illecito deontologico oggetto del procedimento disciplinare e/o eventuali sanzioni di sospensione irrogate e Ordine competente) (*)

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale di farmacista dell'Ordine di

A tal fine, dichiara inoltre che:

- svolge o intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine (o anche) intende trasferire la residenza nella circoscrizione dell'Ordine (solo chi non ha la residenza o il domicilio nella/e provincia/e dell'Ordine deve barrare obbligatoriamente una delle due opzioni) (*)

(Luogo e data)

(Firma per esteso e leggibile)

In aggiunta alla P.E.C., comunica i seguenti recapiti per comunicazioni istituzionali e professionali da parte dell'Ordine di iscrizione e/o da parte della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (le finalità sono meglio specificate nell'Informativa Privacy allegata alla presente domanda di iscrizione):

Cellulare _____ Telefono lavoro _____ Telefono abitazione _____
E-mail _____

Allega alla presente domanda i seguenti documenti, unitamente agli altri eventualmente richiesti dall'Ordine:

- **Copia di un documento di riconoscimento valido (fronte/retro)**
- **Copia della Tessera Sanitaria/Codice Fiscale**
- **Fotografia per il tesserino di iscrizione**
- **Attestazione del pagamento di 16,00€ per l'imposta di bollo per le istanze trasmesse alle PP.AA. (DPR 642/1972), accompagnata da autocertificazione di annullamento sottoscritta (solo per marca da bollo cartacea utilizzata in istanza telematiche)**
- **Informativa Privacy e Consenso al trattamento dei dati personali debitamente sottoscritto (solo per procedura cartacea o assenza modulo aggiuntivo GDPR)**
- **Permesso di soggiorno valido (solo per cittadini extracomunitari)**

I campi con accanto un asterisco () sono obbligatori.*

Le informazioni inserite sono rese in forma di Autocertificazione/Autodichiarazione ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (art. 76 del medesimo decreto: sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci), prestare la massima attenzione sulla completezza, correttezza e veridicità dei dati forniti.