Modulo domanda di prima iscrizione

ALL' ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI
GROSSETO

bollo

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*)_____(_____) il_____

2) di essere residente in (*c*) _____

Via/Piazza _____n. _____ Cap_____

Telefono _____ PEC_____

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

4) di avere il seguente cod. fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

5) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista: (*e*)

UNIVERSITA' degli STUDI DI _____

SESSIONE _____ DATA _____

LAUREA IN _____ UNIVERSITA' DI _____

DATA_____

6) di avere il pieno godimento dei diritti civili

7) 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

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

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVO DELL'ATTO DI NOTORIETA', DICHIARA (a)

1) di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei Farmacisti di

Grosseto 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 è impiegato/a nella pubblica amministrazione

☐ 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 di codesto Ordine.

☐ a tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine (*f*)

_____ _____

luogo e data **firma** (*g*)

* * *

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 questo Ordine e dalla Federazione degli Ordini dei 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 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 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** (g)

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 di 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 e della laurea
F) Da barrare se l'interessato non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione
G**) Se la domanda contiene anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà,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 identità 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 purchè munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente)**

INFORMATIVA EX ART. 13 DLgs 196/2003

Egregio Dottore/Gentile Dottoressa

Ai sensi dell'art. 13 del DLgs n. 196/2003, Le forniamo le seguenti informazioni, che La invitiamo a

FIRMARE PER RICEVUTA.

Il trattamento dei dati personali da Lei forniti:

a) ha le seguenti finalità: tenuta dell'albo professionale ed esercizio delle altre funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge;
b) sarà effettuato con le seguenti modalità: manuali e informatizzato;

I dati saranno comunicati a pubbliche amministrazioni, autorità ed enti, come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento; inoltre, essendo l'albo professionale pubblico, i dati in esso contenuti potranno essere diffusi presso chiunque lo richieda e vi abbia interesse.

La informiamo che il conferimento dei dati è obbligatorio, in quanto previsto dalle norme di legge e di regolamento, e il loro eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità di dare corso alla Sua domanda.

Il titolare del trattamento è l'Ordine dei Farmacisti. Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del DLgs n. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo di seguito integralmente.

DLgs n. 196/2003 – Art. 7 - Diritti dell'interessato

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
   - Dell'origine dei dati personali –delle finalità e modalità del trattamento – della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici .
   - Degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5 comma 2 – dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
   - L'alloggiamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati.
   - La cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.
   - L'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a e b sono state portate a conoscenza anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte:
   - Per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.
   - Al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Luogo e data firma

_____