

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

(In bollo € 16,00)

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI

Il /La sottoscritto/a Dott./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 28/12/2000,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI, DICHIARA :

- 1) di essere nato/a a _____ (____) il _____
- 2) di essere residente a _____ (____), Via _____ n° _____ CAP _____
telefono casa _____ cellulare _____ e-mail _____ @ _____
- 3) di essere cittadino/a _____ e di avere il seguente codice fiscale: _____
- 4) di aver conseguito in data _____ la Laurea in _____, Università degli studi di _____
- 5) di essersi abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista: Università di _____ anno _____
- 6) di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordina dei Farmacisti di _____ dal _____
- 7) di aver eseguito i pagamenti al suddetto Ordine e all' ENPAF
- 8) di avere il pieno godimento dei diritti civili
- 9) 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
- 10) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

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

- 1) di avere i seguenti precedenti penali. di non avere i seguenti precedenti penali (a)
- 2) non è impiegato nella pubblica amministrazione è impiegata nella pubblica amministrazione (a)
- 3) di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari
- 4) di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003, recante il codice in materia di protezione dei dati personali e di esprimere il mio consenso al trattamento dei miei dati personali, anche di natura sensibile, con le modalità e per le finalità strettamente riconducibili alla mia qualità di iscritto o iscrivendo all'ordine stesso.

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

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

Luogo e data _____

Firma (c) _____

(a) CANCELLARE LA VOCE CHE NON INTERESSA

(b) DA BARRARE SE L'INTERESSATO/A NON HA LARESIDENZA NELLA CIRCOSCRIZIONE DELL'ORDINE PRESSO IL QUALE RICHIEDE DI TRASFERIRE LA PROPRIA ISCRIZIONE, E NON SVOLGE ATTUALMENTE ATTIVITA' PROFESSIONALE NELLA MEDESIMA CIRCOSCRIZIONE.

(c) LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE SE INVIATO PER POSTA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO.