

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

( In bollo € 16,00 )

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI  
DI CAGLIARI CARBONIA-  
IGLESIAS E MEDIO CAMPIDANO

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 28/12/2000,

### **A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI , DICHIARA :**

1) di essere nato/a a (a) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

2) di essere residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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 presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

9) 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 (Ordine/i di \_\_\_\_\_)

morosità nei confronti dell' Enpaf (Ordine/i di \_\_\_\_\_)

radiazione dall'Albo (Ordine/i di \_\_\_\_\_)

altro (specificare i motivi e Ordine/i di \_\_\_\_\_)

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

1) che intende svolgere attività professionale nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_

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

oppure

è impiegato/a nella 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'ordin. a lui/lei applicabile, gli/le è consentita l'iscrizione all'Albo prof. , nell'elenco speciale.

**E FA DOMANDA DI ESSERE ISCRITTO/A ALL'ALBO PROFESSIONALE DI CODESTO ORDINE**

INOLTRE, a tal fine

allega la ricevuta del bollettino di pagamento della tassa di concessione governativa (g);

**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 della newsletter del quotidiano on-line federale, 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 (b) \_\_\_\_\_

---

(a) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e, tra parentesi, la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo stato in cui si è nati.

(b) 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.

## **Informativa ex art. 13 DLgs 196/2003**

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,

ai sensi dell'articolo 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: manuale e informatizzato;

c) 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 da 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 questo Ordine dei farmacisti.

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 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:*

a) *dell'origine dei dati personali;*

b) *delle finalità e modalità del trattamento;*

c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*

d) *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*

e) *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:*

a) *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*

b) *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;*

c) *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:*

a) *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*

b) *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)