

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

BOLLO DA
EURO 16,00

All'Ordine dei Farmacisti di
POTENZA

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 dicembre 2000,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONI,**

DICHIARA (a)

1) di essere nato/a a _(b) _____ il _____

2) di essere residente in _(c) _____

Prov. _____ C.AP. _____ Via _____

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

(per comunicazioni istituzionali e professionali) :

Tel.casa _____ Cell. _____

e-mail _____

4) di avere il seguente codice fiscale

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

5) di aver conseguito la laurea in _____

presso l'Università degli Studi di _____

in data _____ con voti _____.

6) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista
presso l'Università degli Studi di _____

in data : _(e) _____ con voti _____

- 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 a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- 11) di non essere stato iscritto/a in precedenza all'Albo presso altro Ordine Provinciale
- ovvero
- di essere stato iscritto/a in precedenza all' 'Albo presso l'Ordine(o gli Ordini) di

e di essere stato/a cancellato/a 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 motivi e Ordine/i _____)

E CHIEDE

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

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

(luogo e data)

(firma)

-
- (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 sessione e anno di conseguimento dell'abilitazione.
- (f) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.

* * *

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 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)

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 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, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente).

**INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, DICHIARA (a)**

1) di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della
circoscrizione dell'Ordine dei farmacisti di: _____

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 é impiegato/a nella pubblica amministrazione
OPPURE

è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

è inquadrato/a nella qualifica funzionale e riveste il profilo
professionale seguenti:

con rapporto di lavoro: a tempo pieno

a tempo parziale o tempo 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*.

(luogo e data)

(firma) (g)

Ordine dei farmacisti della provincia di Potenza	Informativa per il trattamento dei dati personali (<i>Farmacisti</i>)		
	Rev. 1	del 29.10.2018	Pag. 5

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (*Farmacisti*)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE del 27 aprile 2016, n. 679 (di seguito, "GDPR"), l'**Ordine dei farmacisti della provincia di Potenza**, Codice Fiscale **80004700763**, con sede legale in **Via della chimica 61, Potenza (PZ)**, in qualità di titolare del trattamento ex art. 4, c. 7, GDPR (di seguito, "Titolare"), comunica, con questo documento, come saranno trattati i dati personali del farmacista (di seguito "Interessato").

1. Oggetto del trattamento dei dati personali

Il Titolare tratta i dati personali, quali dati comuni, giudiziari e particolari (art 9, c. 1, GDPR), ad esempio nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono, e-mail, titoli, rapporto di lavoro, condanne penali, comunicati dall'Interessato in sede di iscrizione all'**Ordine dei farmacisti della provincia di Potenza**.

2. Finalità del trattamento dei dati personali

Il trattamento ha base giuridica legata innanzitutto al rispetto delle norme di legge e alla soddisfazione di una richiesta dell'Interessato.

I dati personali sono trattati per le seguenti finalità:

- A) tenuta dell'Albo professionale e gestione delle funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge, comprese le comunicazioni e le informazioni utili alla professione;
- B) fornire servizi attinenti alla professione, inviare comunicazioni e informazioni periodiche utili alla professione e relative ad iniziative e ad attività dell'Ordine.

3. Modalità di trattamento dei dati personali

I dati personali potranno essere trattati in forma cartacea ed elettronica con metodi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dell'Interessato. L'accesso è consentito ai soli operatori autorizzati, precedentemente istruiti sulle modalità di trattamento, sulle regole della privacy e sensibilizzati al rispetto e alla tutela della dignità e della riservatezza dell'Interessato.

Il Titolare non svolge attività di profilazione dei dati personali.

4. Periodo di conservazione dei dati personali

I dati personali comunicati verranno conservati dal Titolare a tempo indeterminato, anche dopo la cancellazione dall'Albo, come archiviazione storica, per rispondere alle norme di legge.

5. Comunicazione dei dati personali

I dati personali non verranno in alcun modo diffusi o ceduti a Terzi dal Titolare per finalità diverse da quelle sopra indicate salvo comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Potranno essere comunicati a pubbliche amministrazioni, autorità ed enti, pubblici e privati che ne facciano richiesta, i dati personali contenuti nell'Albo professionale (pubblico), come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento.

I dati personali sono necessari per gli adempimenti e le comunicazioni previste per legge.

L'Ordine dà notizia, anche on-line, sull'Albo professionale pubblico, dell'esistenza di provvedimenti che dispongono la sospensione o che incidono sull'esercizio della professione dell'Interessato.

6. Luogo del trattamento e trasferimento dei dati personali

I dati personali sono trattati e conservati presso la sede del Titolare in **Via della chimica 61, Potenza (PZ)**, e non saranno trasferiti in Paesi non appartenenti all'Unione Europea.

7. Natura del conferimento dei dati personali e conseguenze del rifiuto al conferimento stesso

Il conferimento dei dati personali per le finalità di cui al punto 2A è obbligatorio, in quanto previsto da norme di legge e di regolamento. In caso di rifiuto, non si potrà dare corso all'iscrizione dell'Interessato.

Il conferimento dei dati personali per le finalità di cui al punto 2B è invece facoltativo. In caso di rifiuto, si potrà dare corso all'iscrizione dell'Interessato, ma potrebbero determinarsi difficoltà o impossibilità di svolgere servizi o attività aggiuntive alla mera gestione dell'Albo.

8. Diritti dell'interessato

L'Interessato, ai sensi dell'art. 15 del GDPR e i successivi artt. 16-21, ha il diritto di ottenere dal Titolare la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e, in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e di conoscerne il contenuto, l'origine e le modalità di trattamento, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge. All'Interessato è riservata, inoltre, la facoltà di revocare i consensi espressi e di opporsi al trattamento dei dati, di esercitare il diritto all'oblio e alla portabilità di tali dati e di conoscere in ogni momento il titolare del trattamento degli stessi.

9. Modalità di esercizio dei diritti dell'interessato

L'Interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i propri diritti inviando una richiesta scritta al:

- Titolare del trattamento, **Ordine dei farmacisti della provincia di Potenza**:
 - raccomandata A.R. a **Ordine dei farmacisti della provincia di Potenza, via della chimica 61, 85100 Potenza (PZ)**;
 - e-mail all'indirizzo ordine.farmacistipz@tiscali.it ;
 - PEC all'indirizzo ordinefarmacistipz@pec.fofi.it ;
- Responsabile della Protezione dei dati personali, **Atria Valerio**:
 - e-mail all'indirizzo atriavalerio@gmail.com ;
 - PEC all'indirizzo valerioatria@postecert.it .

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Farmacisti)

Il Titolare del trattamento è l'Ordine dei farmacisti della provincia di Potenza, Codice Fiscale **80004700763**, con sede legale in **Via della chimica 61, Potenza (PZ)**.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 del Regolamento UE del 27 aprile 2016, n. 679 (di seguito, "GDPR"),
il sottoscritto,

nome

cognome

residente In

alla via

telefono

e-mail

preso atto che il conferimento dei miei dati personali per le finalità di cui al punto 2A dell'informativa è obbligatorio dare corso all'iscrizione all'Ordine, in quanto previsto da norme di legge e di regolamento;

preso atto che il trattamento dei miei dati personali riguarda dati personali, quali dati comuni, giudiziari e particolari;

DICHIARA

- di aver acquisito copia dell'informativa per il trattamento dei dati personali
- di aver letto e compreso le informazioni contenute nell'informativa,

e acconsente/non acconsente per la finalità di tenuta dell'Albo professionale e gestione delle funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge, comprese le comunicazioni e le informazioni utili alla professione

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento dei miei dati personali, inclusi i dati giudiziari e particolari;

ed inoltre acconsente/non acconsente per la finalità di fornire servizi attinenti alla professione, inviare comunicazioni e informazioni periodiche utili alla professione e relative ad iniziative e ad attività dell'Ordine

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento dei miei dati personali.

Data

Firma leggibile

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Il sottoscritto Dr. _____ allega infine, ai sensi dell'art.3, comma 11, della legge n.127/1997 (così come sostituito dall' art.2, comma 10, della Legge n.191/1998), i seguenti documenti:

- 1) Fotocopia documento di riconoscimento*;
- 2) Fotocopia del tesserino del Codice Fiscale*;
- 3) Bolletta di versamento effettuato sul **c/c n.8003 di € 168,00** intestato all'Ufficio del Registro Tasse - Pescara (concessioni governative iscrizione Albo)*;
- 4) Versamento di **€ 185,00** (per tassa di 1^ iscrizione e quota annuale) effettuato presso la **Banca Popolare di Puglia e Basilicata** sul **c/c n.772** intestato a **Ordine dei Farmacisti della Provincia di Potenza - (Codice IBAN IT 62L0538504200CC1320000772)***
- 5) Tre fotografie di cui una autenticata;
(l'autentica della foto può essere fatta anche dall'Ordine).
- 6) Certificato del Casellario giudiziale**;
- 7) Certificato di laurea**;
- 8) Certificato di abilitazione**;

FIRMA

.....

* obbligatorio

** non obbligatorio