

Prot. n. _____

del _____

marca da bollo da € 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna

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 28.12.00,

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

1) di essere nato/a a _____ il _____

2) di essere cittadino/a _____;

3) di essere residente a _____ CAP _____,

via _____, tel. _____,

4) di essere domiciliato/a a _____ CAP _____,

via _____, tel. _____,

(per comunicazioni istituzionali e professionali¹) cell. _____,

e-mail _____,

posta elettronica certificata (PEC) _____;

5) di avere il seguente codice fiscale: _____

6) di aver conseguito la laurea in _____, in data _____,

presso l'Università di _____;

7) di essersi abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista nella
sessione _____ dell'anno _____ presso l'Università di _____;

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;

11) di non essere stato iscritto/a in precedenza all'Albo presso altro Ordine provinciale

ovvero

di essere stato iscritto/a 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 _____)

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

1) di avere i seguenti precedenti penali: _____;

2) 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

ovvero

è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione: _____,

inquadrate/a nella qualifica funzionale di _____ con rapporto di lavoro:

a tempo pieno, ovvero a tempo parziale o definito

e come tale, in base all'ordinamento vigente a lui/lei applicabile, non gli 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 e allega la ricevuta originale del bollettino di pagamento della tassa di concessione governativa.

(Luogo e data)

(firma)

ALLEGATI : 1) Fotocopia carta d'identità, 2) Fotocopia codice fiscale, 3) ORIGINALE pagamento Tassa di Concessione Governativa

1.

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero di cellulare e 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 dell'Ordine e 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)