ORDINE dei FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI AGRIGENTO
VIA IMERA, 217 – TEL. 0922 553321 – FAX 0922 553981
92100 **AGRIGENTO**

DOCUMENTI DA PRESENTARE PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE 2018

1)	domanda di iscrizione	
2)	certificato di Laurea in bollo (a discrezione);	*o autocertificazione*
3)	certificato di Abilitazione alla professione di farmacista in bollo; (a discrezione)	*o autocertificazione*
4)	bonifico sul c/c bancario **IT58G0200816605000102071080** €. **51,65** tassa 1ª iscrizione	*(intestazione c/c Ordine dei Farmacisti della provincia di Agrigento)*
5)	bonifico sul c/c bancario **IT58G0200816605000102071080** €. **200,00** tassa annuale	*(intestazione c/c Ordine dei Farmacisti della provincia di Agrigento)*
6)	attestazione di versamento sul c/c postale n° **8904** per €. **168,00** tassa concessioni governative;	*(intestazione c/c Agenzia delle Entrate - Uff. di Roma 2 - Tasse Concessioni Governative - Sicilia*
7)	foto tessera in formato digitale da inviare tramite e mail;	
8)	una marca da bollo da €. **16,00**	
9)	fotocopia codice fiscale e carta di identità.	

Per la domanda e i documenti si osservano le norme vigenti in materia di bollo e legalizzazione.

(**IN BOLLO**)

All'Ordine dei farmacisti di
AGRIGENTO

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)*_____**
3) **di essere cittadino/a _*(d)*_____**
4) **di avere il seguente codice fiscale**

5) **di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista: *(e)*_____**
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**
7) **di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali**

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 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.

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

_____

(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 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)

(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 luogo e data 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.**
(g) ***SE LA DOMANDA CONTIENE ANCHE 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, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente).

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*_____

Al **Presidente dell'Ordine dei Farmacisti**
della Provincia di Agrigento

__l__ sottoscritt__ Dott./Dott.ssa _____ nat____ a _____ il _____/_____/_____ residente nel comune di_____C.A.P._____ Indirizzo _____ n° _____ laureat___ in _____ presso l'Università di _____il_____, abilitat__ a _____ nella _____ sessione dell'anno _____.

Codice Fiscale																

C H I E D E

di essere iscritt__ all'Albo di codesto Ordine provinciale. A tal fine, alla presente allega:

1) autocertificazione ai sensi dell'art. 2 della Legge 04/01/68 n° 15;
2) certificato di Laurea (o autocertificazione);
3) certificato di Abilitazione alla professione di farmacista (o autocertificazione);
4) ricevuta di versamento sul c/c postale n° 260927 per € 51,65 tassa di 1ª iscrizione;
(intestazione c/c Ordine dei Farmacisti Agrigento)
5) ricevuta di versamento sul c/c postale n° 260927 per € 200,00 tassa annuale;
(intestazione c/c Ordine dei Farmacisti Agrigento)
6) ricevuta di versamento sul c/c postale n° GU 8904 per € 168,00 tassa concessioni governative
(intestazione c/c prestampata disponibile in tutti gli uffici postali)
7) n° 2 foto - tessera;
8) n° 1 marca da bollo da € 16,00.

Dichiara altresì che il suo recapito telefonico è _____/_____e quello postale

|_____|_____|_____|
INDIRIZZO C.A.P. COMUNE

indirizzo e-mail |_____@_____| Tel. Cell. _____/_____

Data _____ _____
F i r m a

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE DEI FARMACISTI

Ai sensi dell'art. 20 della legge 4 gennaio 1968, n° 15, attesto che la sottoscrizione di cui sopra è stata apposta in mia presenza dal/dalla dichiarante Dott./Dott.ssa _____ identificat__ con il documento _____ n° _____ rilasciato da _____ in data _____ e preventivamente ammonit__ sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

Agrigento, _____ _____
ORDINE DEI FARMACISTI

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n° 15)

__l__ sottoscritt__ Dott./Dott.ssa _____

D I C H I A R A

1) di essere nat__ a _____ (____) il _____;

2) di essere residente in _____ via _____ n° _____;

3) di essere cittadin__ italian__ secondo le risultanze del Comune di _____

_____.

Data _____

_____
F i r m a

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE DEI FARMACISTI

Ai sensi dell'art. 20 e 26 della legge 4 gennaio 1968, n° 15, attesto che la sottoscrizione di cui sopra è stata apposta in mia presenza dal dichiarante dal/dalla dichiarante Dott./Dott.ssa _____ identificat__ con il documento _____ n° _____ rilasciato da _____ in data _____ e preventivamente ammonit__ sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

Agrigento, _____

_____
ORDINE DEI FARMACISTI

IMPORTANTE

L'iscrizione all'Albo professionale comporta l'iscrizione all'E.N.P.A.F. - Ente Nazionale Previdenza Assistenza Farmacisti – (Art. 21 DLCPS 13 settembre 1946 n. 233) rendendo pertanto obbligatorio il pagamento della quota stabilita annualmente non frazionabile.
Ogni informazione, compresa la tabella dell'importo del contributo annuale, nonché la modulistica utile per la eventuale riduzione del contributo previdenziale o l'adesione al contributo di solidarietà, è disponibile nel sito internet dell'Ente al seguente indirizzo:

www.enpaf.it

CONTRIBUTI PREVIDENZIALI e ASSISTENZIALI **E.N.P.A.F.** DOVUTI PER L'ANNO **2018**

Contributo	Previdenza	Assistenza	Maternità	Tot. Euro
Intero	4.477,00	28,00	16,00	4.521,00
Doppio	8.954,00	28,00	16,00	8.998,00
Triplo	13.431,00	28,00	16,00	13.475,00
Rid. del 33%	2.985,00	28,00	16,00	3.029,00
Rid. del 50%	2.239,00	28,00	16,00	2.283,00
Rid. del 85%	672,00	28,00	16,00	716,00
Solidarietà 3% (dipendenti)	134,00	28,00	16,00	178,00
Solidarietà 1% (disoccupati)	45,00	28,00	16,00	89,00

N.B.: per usufruire della riduzione E.N.P.A.F. è necessario aver dato disponibilità al lavoro (iscrizione ex ufficio di collocamento).

__l__ sottoscritt__ Dott./Dott.ssa _____

"dichiara di avere letto la suddetta informazione"

Data _____ ----------

(firma)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n° 15)

Il/la sottoscritt__ Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ il giorno _____ e residente in _____

consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da dichiarazioni false e mendaci

D I C H I A R A

"di avere conseguito la Laurea in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche presso l'Università degli Studi di _____ in data _____".

Agrigento, _____ *F i r m a*

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE DEI FARMACISTI

Ai sensi dell'art. 20 e 26 della legge 4 gennaio 1968, n° 15, attesto che la sottoscrizione di cui sopra è stata apposta in mia presenza dal dichiarante dal/dalla dichiarante Dott./Dott.ssa _____ identificat__ con il documento _____ n° _____ rilasciato da _____ in data _____ e preventivamente ammonit__ sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

Agrigento, _____ _____

Ordine dei Farmacisti

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n° 15)

Il/la sottoscritt__ Dott./Dott.ssa _____nato/a a _____ il giorno _____ e residente in_____ – consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da dichiarazioni false e mendaci

D I C H I A R A

"di avere conseguito la Laurea in Farmacia presso l'Università degli Studi di _____ in data _____".

Agrigento, _____

F i r m a

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE DEI FARMACISTI

Ai sensi dell'art. 20 e 26 della legge 4 gennaio 1968, n° 15, attesto che la sottoscrizione di cui sopra è stata apposta in mia presenza dal dichiarante dal/dalla dichiarante Dott./Dott.ssa _____ identificat__ con il documento _____ n° _____ rilasciato da _____ in data _____ e preventivamente ammonit__ sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

Agrigento, _____

_____

Ordine dei Farmacisti

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n° 15)

Il/la sottoscritt__ Dott./Dott.ssa _____nato/a a _____ il giorno _____ e residente in _____ – laureato in _____ presso l'Universita degli studi di _____ in data _____ consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da dichiarazioni false e mendaci

D I C H I A R A

"di avere conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista presso l'Università degli Studi di _____ in data _____".

Agrigento, _____ *F i r m a*

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE DEI FARMACISTI

Ai sensi dell'art. 20 e 26 della legge 4 gennaio 1968, n° 15, attesto che la sottoscrizione di cui sopra è stata apposta in mia presenza dal dichiarante dal/dalla dichiarante Dott./Dott.ssa _____ identificat__ con il documento _____ n° _____ rilasciato da _____ in data _____ e preventivamente ammonit__ sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

Agrigento, _____

_____
Ordine dei Farmacisti

MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE
CASELLA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Al Presidente
dell'Ordine *dei* Farmacisti
della provincia di Agrigento
Via Imera, 217
92100 AGRIGENTO

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____

C H I E D E

L'ATTIVAZIONE DI UNA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

A tal fine, sotto la propria responsabilità ed ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) dichiara quanto segue:

- luogo di nascita _____ (prov. _____)
- data di nascita _____
- codice fiscale:

- residenza anagrafica:
  Comune _____ (prov. ____) - C.A.P _____
  indirizzo _____
  telefono fisso _____
  e-mail _____
- domicilio effettivo (dove ricevere le comunicazioni):
  Comune _____ (prov. ____) - C.A.P _____
  indirizzo _____
  telefono fisso _____ cellulare _____

Allega alla presente domanda:

- fotocopia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità.

Distinti saluti.

……, ……... *Firma* ……
luogo *data*