

ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- o **Domanda di iscrizione** (modulo allegato, da compilare in ogni sua parte).
- o **Fotocopia del certificato di Laurea** (o autocertificazione).
- o **Fotocopia del certificato di Abilitazione** (o autocertificazione).
- o **Informativa sulla Privacy** (modulo allegato, da leggere e firmare).
- o **Adesione alla PEC** convenzione per l'attivazione della casella di posta elettronica certificata (modulo allegato, da compilare e firmare).
- o **Marca da bollo da € 16,00** (da allegare alla domanda di iscrizione) sia se la domanda è spedita consegnata a mano.
- o **€ 150,00** quale quota di iscrizione e **€ 135,00** quale quota associativa annua.
(Per il pagamento delle quote contattare la Segreteria dell'Ordine al n. 0934592051)
- o **Attestazione del versamento** di € 168,00 sul c/c postale n. 8904 intestato a: Agenzia delle Entrate ufficio di Roma 2 – Tasse Concessioni Governative- Sicilia. (Modulo di c/c da ritirare in qualsiasi ufficio postale; causale: tassa iscrizione Albo professionale dei Farmacisti).
- o **2 fotografie formato tessera.**
- o **Fotocopia del documento d'identità** valido.
- o **Fotocopia del codice fiscale;**

L'ISCRIZIONE ALL'ORDINE OBBLIGA L'ISCRITTO:

- **All'aggiornamento professionale**, come previsto dalla normativa sull'ECM e dal Codice Deontologico. Tutte le informazioni relative all'argomento sono reperibili sul sito del Ministro della salute (ecm.sanita.it). **Coloro che si iscrivono per la prima volta all'Ordine sono esonerati da questo obbligo per l'anno di iscrizione** ed eventuali crediti maturati non possono essere utilizzati per l'anno successivo. Escluso, come detto, il primo anno di iscrizione, per i neoiscritti i crediti formativi da maturare l'anno successivo sono 50, con un minimo di 25 e un massimo di 75. Il totale triennale deve essere sempre 150 crediti. Coloro che si reinscrivono, invece, non sono esonerati e dovranno maturare da subito 50 crediti l'anno, sempre con un minimo di 25 e un massimo di 75 per anno. Il totale triennale deve essere sempre 150 crediti.
- **all'iscrizione automatica ed obbligatoria all'ENPAF** (Legge 233/46), con la possibilità di poter maturare una pensione attraverso il pagamento di un contributo annuo. Indipendentemente dalla data di iscrizione, il contributo è dovuto per l'intero anno solare. Di tale contributo può essere chiesta la riduzione del 85% del 50%, dell'33%, maturando così una pensione proporzionata all'importo pagato, se si rientra in una delle seguenti categorie: 1. lavoratore dipendente che esercita l'attività professionale (può chiedere la riduzione dell'85% o del 50% o del 33% con scelta assolutamente discrezionale); 2. non esercitante la professione di farmacista (può chiedere la riduzione al massimo del 50%); 3. disoccupato iscritto all'Ufficio di collocamento (può chiedere la riduzione al massimo del 85% per cinque anni); 4. pensionato ENPAF non esercitante la professione di farmacista (può chiedere la riduzione dell'85% o del 50% o del 33%, riduzioni che dipendono da eventuali altri redditi. **A chi si iscrive per la prima volta, se lavoratore dipendente che**

esercita la professione o disoccupato iscritto all'Ufficio di collocamento, viene data la possibilità, in via alternativa al contributo pensionistico, di versare un "**Contributo di solidarietà**". **Tale contributo è a fondo perduto, non matura pensione e non viene restituito.** Se la richiesta viene presentata in qualità di disoccupato iscritto all'Ufficio di collocamento, l'opzione per il contributo di solidarietà può essere mantenuta solo per sette anni. **La domanda per ottenere una delle riduzioni previste o per richiedere il Contributo di solidarietà, va redatta su apposito modulo da scaricare sul sito dell'ENPAF** (www.enpaf.it) **alla sezione "modulistica", e deve essere inviata all'ENPAF di riferimento entro il 30 settembre.** Tale termine, **solo per i neoiscritti, è il 30 settembre dell'anno successivo a quello di iscrizione.** Consigliamo, comunque, di presentarla non appena definita la propria posizione lavorativa, al fine di evitare l'emissione della cartella esattoriale con importo intero. Sul sito dell'Enpaf è pubblicato il regolamento completo ed è scaricabile un opuscolo esplicativo delle sue attività. **Ricordiamo che l'Ordine non ha competenza per l'assistenza e per la previdenza, né può essere a conoscenza delle posizioni contributive degli iscritti. È indispensabile comunicare il proprio indirizzo di posta elettronica** in quanto tutte le comunicazioni che l'Ordine invia agli iscritti vengono trasmesse via e-mail, in rispetto dell'art. 27 (il cosiddetto "Taglia carta") del D.L. 112/2008 (convertito nella Legge 133/2008) che sollecita l'impiego dello strumento informatico per le comunicazioni della Pubblica Amministrazione, allo scopo di ridurre l'utilizzo dei supporti cartacei.

Ogni variazione di residenza, indirizzo postale, indirizzo e-mail, recapiti telefonici, posizione professionale deve essere comunicata tempestivamente all'Ordine allo scopo di tenere correttamente aggiornati i fascicoli personali degli iscritti.

È importante consultare frequentemente il sito Internet dell'Ordine www.ordinefarmacisti.cl.it sul quale sono pubblicate novità e informazioni di interesse per la categoria, l'elenco degli iscritti, il programma formativo dell'anno in corso e tutto quanto può essere utile per lo svolgimento della professione.

Prot. n. _____

del _____

marca da bollo da € 16.00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Caltanissetta

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 (a)

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

2) di essere residente a __ (c) _____ CAP _____

Via _____, tel. _____

PEC (Posta elettronica Certificata) _____

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

4) di avere il seguente codice fiscale: _____

5) di aver conseguito la laurea in __ (e) _____, in data _____, presso

l'Università di _____

6) di essersi abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista: __ (f) _____

_____ con voto ____ / _____

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 stato iscritto in precedenza all'Albo presso alcun 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 motivi e Ordine/i) _____

**INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA',
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 è impiegato/a nella pubblica amministrazione

OPPURE

è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

_____ TEL. _____

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 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.

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

INOLTRE, a tal fine

allega la ricevuta del bollettino di pagamento della tassa di concessione governativa (h).

Per i cittadini extracomunitari:

si impegna a produrre la ricevuta del pagamento della tassa di concessione governativa, non appena l'Ordine comunicherà all'interessato il rilascio della prescritta autorizzazione ministeriale.

(luogo e data)

(firma) (i)

* * *

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)

ALLEGATI:

- 1) Fotocopia carta d'identità
- 2) Fotocopia permesso di soggiorno (per cittadini extracomunitari)
- 3) Fotocopia codice fiscale

- 4) Ricevuta Tassa Concessione Governativa (per i cittadini extracomunitari: il versamento verrà richiesto dopo il ricevimento, da parte dell'Ordine, del prescritto parere ministeriale)
- 5) Ricevuta versamento Contributo iscrizione Albo (per i cittadini extracomunitari: il versamento verrà richiesto dopo il ricevimento, da parte dell'Ordine, del prescritto parere ministeriale)
- 6) Nota Informativa sottoscritta per presa visione
- 7) N. 2 foto tessere

-
- (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 "Farmacia" o "CTF"
 - (f) Indicare luogo e data di conseguimento dell'abilitazione.
 - (g) Da barrare *se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione*
 - (h) *L'iscrizione sarà efficace dalla data della deliberazione del Consiglio, se il pagamento sia stato effettuato prima di tale deliberazione.*
 - (i) **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 d'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, purchè munite di fotografia e di timbro o di 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)

Ragione Sociale

P. Iva

Legale Rappresentate (Nome Cognome)

Firma

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a Il ____/____/____

A _____ Pr (____) Cod.Fisc. _____

Residente a _____ C.A.P. _____ Pr. (____)

In Via/Piazza _____ Nr. _____

Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____

E-Mail _____ @ _____

Documento identità (da allegare alla presente): Carta d' Identità Patente di Guida
Passaporto

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ In Data ____/____/____

Da compilarsi solo in caso di Libero Professionista/Persona Giuridica/Ditta Individuale:

Libero Professionista P. Iva _____, con sede in _____

C.A.P. _____ Via/Piazza _____ Nr. _____

Legale Rappresentante della Società/Ente/Associazione/Ditta Individuale denominata: _____

_____ Cod.Fisc./P. Iva _____

con sede in _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ Nr. _____

con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), **dichiara**, ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri, e **propone** ad Aruba Pec S.p.A. ed al Partner sopra individuato, di concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata), secondo i termini e le condizioni indicate nelle **Condizioni Generali di Contratto Posta elettronica certificata** e nel **Manuale Operativo**, pubblicati alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare nel loro contenuto.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____

Ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 2) Oggetto del Contratto; 3) Conclusione del contratto, durata e rinnovo; 4) Requisiti; 6) Livelli di servizio; 8) Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 9) Limitazioni di responsabilità del Gestore; 13) Modifiche ai dati; 14) Clausola risolutiva espressa; 15) Recesso; 16) Accordi particolari fra il Cliente ed il Partner; 17) Rinvio al manuale operativo; 20) Foro competente.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____

Preso atto dell'Informativa di cui all'art. 13 D.lgs. 196/2003, contenuta all'art. 12 delle Condizioni Generali di Contratto Posta Elettronica Certificata, il Sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____