

Riservato alla segreteria
Prot. n. _____
dd _____
data doc _____

bollo da € 16,00

Iscritto/a il
n.
Il Presidente

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DI TRIESTE

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____

(nome e cognome)

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge n. 15/1968, ai sensi e per gli effetti degli artt. 2 e 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e degli artt. 1 e 2 del DPR n. 403/1998

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,
DICHIARA

- 1) di essere nato/a a _____ Prov. _____ Il _____
- 2) di essere residente in _____ Via _____ cap _____
- 3) di essere cittadino/a _____
- 4) di avere il seguente codice fiscale 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
- 5) di essere laureato in _____ c/o l'Università di _____
in data _____ e di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista presso l'Università di _____ nella sessione _____ dell'anno _____
- 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) a) di non essere stato iscritto in precedenza all'Albo presso altro Ordine Provinciale

ovvero

b) di essere stato iscritto all'Albo presso l'Ordine di _____

e di essere stato cancellato per i seguenti motivi:

- RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE (Ordine di _____)
- MOROSITA' nei confronti dell'Ordine (Ordine di _____)
- MOROSITA' nei confronti dell' ENPAF _____
- RADIAZIONE dall'Albo (Ordine di _____)

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

◆ di avere i seguenti precedenti penali _____

◆ di non avere riportate condanne penali:

◆ 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:

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.

- A tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine;*
- Allega la ricevuta del bollettino di pagamento della tassa di concessione governativa
- Si impegna a produrre l'attestazione del pagamento della tassa di concessione governativa

Luogo e data _____

Firma _____

* * *

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero di

cellulare _____ ed il proprio indirizzo e-mail _____

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).

* solo per coloro che non risiedono nella provincia di Trieste

**ORDINE DEI FARMACISTI della provincia di Trieste
INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016,
relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali,
nonché alla libera circolazione di tali dati**

In ottemperanza al Regolamento Europeo n. 2016/679, ed in particolare ai sensi degli artt. 6, 9, 12, 13 e 14 del suddetto Regolamento, desideriamo informarLa, in qualità di interessato, che il trattamento dei dati personali che La riguardano è realizzato nel rispetto delle condizioni di seguito esposte.

1) TITOLARE DEL TRATTAMENTO E DATI DI CONTATTO

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento Europeo n. 2016/679, il Titolare del Trattamento è **ORDINE DEI FARMACISTI della provincia di Trieste** con sede in **Piazza S. Antonio Nuovo, 4 – 34122 TRIESTE (TS)** nella persona del titolare/legale rappresentante **MILANI MARCELLO** reperibile ai seguenti contatti: n. di telefono **040 767944** e indirizzo mail **ordinefarmacistitrieste@tin.it**.

È stato nominato il Responsabile della Protezione dei Dati. Tale incarico è stato assunto da:

Stefano Corsini, C.F. CRSSFN76P18G888U, con Studio in Pordenone Viale Marconi 63, e-mail **dpo@avvocatocorsini.it**, tel. 0434/521195. Non è prevista la figura del Rappresentante del Trattamento.

2) FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati da lei conferiti per lo svolgimento del servizio richiesto è diretto esclusivamente al raggiungimento delle seguenti finalità:

- tenuta dell'Albo professionale ed esercizio delle altre funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge;
- invio della newsletter del quotidiano on-line federale;
- invio delle informazioni relative all'accesso ai siti internet di proprietà dell'Ordine e della F.O.F.I.;
- invio delle comunicazioni istituzionali e professionali della Federazione e degli Ordini.

3) CATEGORIE DI DATI PERSONALI

La informiamo che i dati personali trattati saranno quelli da lei forniti ai fini dello svolgimento dei compiti descritti al punto "Finalità del trattamento dei dati".

4) DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti per il raggiungimento delle predette finalità potranno essere comunicati, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità sopra indicate, ai soggetti autorizzati e di seguito elencati:

- Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (F.O.F.I.)
- pubbliche amministrazioni;
- autorità ed enti, come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento;
- chiunque lo richieda e vi abbia interesse

Non è previsto il trasferimento dei dati suddetti verso paesi terzi.

Inoltre l'indirizzo PEC verrà inserito in un indice statale pubblico e potrà essere oggetto di consultazione da parte di coloro che ne avessero necessità.

Inoltre, dal momento che i dati vengono inseriti nell'Albo professionale, sono consultabili in rete.

5) PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati verranno conservati per il tempo necessario all'espletamento degli eventuali adempimenti, anche di natura fiscale o amministrativa, connessi o derivanti dalla specifica tipologia di rapporto di lavoro instaurato, ai sensi del art. 5, comma 1, lettera e) del suddetto Regolamento.

6) DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo che ha diritto a richiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai propri dati (art. 15 del Regolamento), la rettifica dei dati (art. 16), la cancellazione degli stessi (art. 17) e la limitazione di trattamento (art. 18). Inoltre lei ha diritto ad opporsi al trattamento dei dati (art. 21) e diritto alla portabilità degli stessi (art. 20).

7) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali che la riguardano verrà effettuato secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza, a tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti. Tali dati saranno memorizzati su supporti informatici, su supporti cartacei e su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto del Regolamento Europeo in materia di misure di sicurezza, tali da garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio del trattamento (art. 32 del Regolamento 2016/679).

8) CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei predetti dati è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 2.

Un eventuale rifiuto di fornire i dati il cui conferimento è obbligatorio o necessario potrebbe compromettere l'impossibilità formale e sostanziale di erogare il servizio richiesto.

Il sottoscritto _____

conferma di aver letto e preso visione dell'informativa di cui sopra

Luogo e data _____

Firma _____