

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

DICHIARA

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- di avere il seguente codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (*)
- di essere nato/a a _____ Prov. _____ il _____ (*)
- di essere residente a _____ Prov. _____ (*)
in Via _____ n. _____ C.A.P. _____ (*)
- di essere cittadino/a _____ (*)
- di aver conseguito la Laurea in _____
presso _____ il _____ (*)
- ☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista presso _____
_____ nella sessione ____/____ (*precisare sessione ed anno*)
(oppure) ☐ aver conseguito la Laurea abilitante all'esercizio della professione di farmacista (L. 163/2021) presso
_____ il _____ (*)
- ☐ di avere (oppure) ☐ di non avere il pieno godimento dei diritti civili (*)
- ☐ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano
l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi
iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (oppure) ☐ di aver riportato le condanne penali
o provvedimenti iscritti nel casellario giudiziale di seguito indicati _____
_____ (*precisare reato, Autorità, numero e data della sentenza*) (*)
- ☐ di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso (oppure) ☐ di avere a proprio carico i
seguenti procedimenti penali in corso: _____ (*precisare
reato contestato e Tribunale competente*) (*)
- ☐ di non essere stato iscritto a questo o altro Albo professionale (oppure) ☐ di essere stato iscritto al seguente
Albo professionale:
- Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ dal _____ al _____ con n. di
iscrizione _____ e di essere stato cancellato per il/i seguente/i motivo/i (*precisare l'Ordine e tutti gli estremi di
iscrizione, ripetendo e compilando più campi in caso di re-iscrizioni*):
☐ radiazione dall'Albo _____ (*precisare se siano trascorsi 5 anni dal provvedimento e se sia avvenuta
la riabilitazione della condanna penale*) (oppure) ☐ rinuncia all'iscrizione (oppure) ☐ morosità dei contributi
(oppure) ☐ morosità dei contributi ENPAF (*)

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ,

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- ☐ di non essere impiegato/a nella pubblica amministrazione (oppure) ☐ di essere impiegato/a nella seguente P.A. (precisare P.A. e rapporto di lavoro)

I campi con accanto un asterisco () sono obbligatori.*

Le informazioni inserite sono rese in forma di Autocertificazione/Autodichiarazione ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (art. 76 del medesimo decreto: sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci), prestare la massima attenzione sulla completezza, correttezza e veridicità dei dati forniti.

lavoro a tempo pieno o parziale) e come tale, in base all'ordinamento a sé applicabile: ☐ non gli/le è vietato l'esercizio della libera professione (oppure) ☐ è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale (oppure) ☐ gli/le è consentita l'iscrizione all'Albo professionale, nell'elenco speciale (*)

- ☐ di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata _____
(oppure) ☐ di non avere ancora la PEC e di richiederne l'attivazione all'Ordine (*)
- ☐ di avere il domicilio a _____ Prov. _____
in Via _____ n. _____ C.a.p. _____ (barrare e indicare solo se
diverso rispetto alla residenza) (*)
- di aver letto il vigente Codice Deontologico del Farmacista unitamente al Giuramento del Farmacista e di essere
consapevole degli obblighi ivi previsti (link https://www.fofi.it/doc_fofi/Codice_Deontologico_con_commentario) (*)

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale di farmacista dell'Ordine

A tal fine, dichiara che:

- ☐ intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine
(da barrare solo per chi non ha la residenza o il domicilio nella/e provincia/e dell'Ordine)

(Luogo e data)

(Firma)

In aggiunta alla PEC, comunica, inoltre, i seguenti recapiti per comunicazioni istituzionali e professionali da parte dell'Ordine di iscrizione e/o da parte della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (le finalità sono meglio specificate nell'Informativa Privacy allegata alla presente domanda di iscrizione):

Cellulare _____ Telefono lavoro _____ Telefono abitazione _____
E-mail _____

Allega alla presente domanda i seguenti documenti, unitamente agli altri eventualmente richiesti dall'Ordine:

- **Copia di un documento di riconoscimento valido (fronte/retro)**
- **Copia della Tessera Sanitaria/Codice Fiscale**
- **Fotografia per il tesserino di iscrizione**
- **Attestazione del pagamento di 168,00€ per la Tassa di concessione governativa (su c/c postale n. 8003 ovvero per la Sicilia su c/c postale n. 8904)**
- **Attestazione del pagamento della quota di iscrizione all'albo**
- **Attestazione del pagamento dell'imposta di bollo virtuale di 16,00€**
- **Permesso di soggiorno valido (solo per cittadini extra UE) e decreto di riconoscimento titolo rilasciato dal Ministero della salute (solo per i cittadini UE o extra UE) o Tessera professionale europea-EPC (solo per i cittadini UE)**
- **'Nulla osta' rilasciato dalla Pubblica Amministrazione (solo per dipendenti della PA)**

I campi con accanto un asterisco () sono obbligatori.*

Le informazioni inserite sono rese in forma di Autocertificazione/Autodichiarazione ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (art. 76 del medesimo decreto: sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci), prestare la massima attenzione sulla completezza, correttezza e veridicità dei dati forniti.



ORDINE DEI FARMACISTI DI CAMPOBASSO

Via Duca degli Abruzzi 1/C – 86100 Campobasso

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'art 13 del REG.UE 2016/679

Rev_02_2021

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,

per rispettare la normativa in oggetto, La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DATI E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO)	ORDINE PROVINCIALE DEI FARMACISTI DI CAMPOBASSO (rappresentato dal Consiglio nella persona del Presidente dell'Ordine <i>pro-tempore</i>) Via Duca degli Abruzzi n. 1/C - 86100 Campobasso – C.F./P.I. 92051720701 - tel. 0874.412086 - fax 0874.311532 e-mail: ordine.farmacisti.cb@gmail.com - PEC: ordinefarmacisticb@pec.fofi.it D.P.O. - e-mail: dpo@ordinefarmacisticb.it
FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	Il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato a: 1) tenuta dell'Albo professionale (corredato di fotografia e di altre informazioni raccolte da terzi indispensabili allo scopo), e gestione delle funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge, comprese le comunicazioni e le informazioni utili alla professione; 2) aggiornare i dati identificativi degli iscritti nei database dell'Ordine Nazionale; 3) invio di comunicazioni e informazioni utili alla professione degli iscritti; 4) adempimenti amministrativi legati alla formazione (es. Crediti ECM).
BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO BASE GIURIDICA: ART.6 LETT.C) del REG.UE 2016/679	PREVIO CONSENSO: 1) comunicazioni promozionali relative ad iniziative commerciali dell'Ordine; 2) comunicare a Terzi i Suoi dati di contatto (mail o numeri di cellulare) per iniziative commerciali o promozionali; 3) Pubblicazione di immagini o video sul sito dell'Ordine o su altre piattaforme social gestite dall'Ordine.
L.362/1991 e s.m.i. ed art.6 lett.a) del REG.UE 2016/679	
MODALITÀ DI TRATTAMENTO	Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, da parte di dipendenti o collaboratori da noi incaricati, istruiti e controllati, secondo modalità di gestione e misure di sicurezza individuate in base alle previsioni dell'art. 32 del GDPR 2016/679.
OBLIGO O FACOLTÀ DI CONFERIRE I DATI	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 d'iscrizione. Per quanto riguarda i dati che non siamo obbligati a conoscere, il loro mancato ottenimento potrà determinare difficoltà o l'impossibilità di svolgere servizi o attività aggiuntive alla mera gestione dell'Albo.
NATURA DEI DATI TRATTATI	Per la gestione dei rapporti con gli iscritti vengono trattati dati anagrafici e fiscali nonché dati di natura economica. In alcuni casi, dalle informazioni da Lei comunicate o provenienti da terze parti (ad esempio: università, magistratura, enti), potrebbero derivare dati giudiziari (casellario giudiziale e/o carichi pendenti) e informazioni "particolari" a Lei riferite, cioè dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose, filosofiche, appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici e dati relativi alla salute o alla vita sessuale"; per questo motivo le chiediamo nel seguito di esprimere il consenso al trattamento di questi dati.
AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE	I Suoi dati sono trattati dal personale opportunamente incaricato e saranno comunicati, nel rispetto della normativa vigente ed dei consensi accordati, a Soggetti pubblici e/o privati per i quali la comunicazione dei dati è obbligatoria o necessaria in adempimento ad obblighi di legge o sia comunque funzionale all'amministrazione del rapporto: (Federazione Nazionale, Ordini e Collegi Professionali di destinazione in caso di trasferimento, Enti Previdenziali, Asl, Ministeri, Autorità Giudiziarie, Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie presso il Ministero della Salute in caso di ricorso avverso diniego di iscrizione e cancellazione, Ministero della salute ai sensi del Decreto del 3 agosto 2007 del Ministero della salute per riconoscimento del titolo di studio e di idoneità conseguito all'estero; Soggetti indicati Art. 2 del Dpr 221/50, fornitori di servizi ivi incluso coloro che forniscono i servizi per la gestione del sistema informativi.
CONSERVAZIONE E CANCELLAZIONE DEI DATI	Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, i dati elettronici a Lei riferiti potranno essere cancellati a conclusione dei trattamenti previsti dalle normative vigenti in materia, mentre quelli cartacei resteranno per obblighi di conservazione storici.
DIRITTI DELL'INTERESSATO	Nella Sua qualità di Interessato, ai sensi degli artt. 15-22 del REG.UE 2016/679, ha diritto di: 1. ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano; 2. 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'art.5, comma 2 Codice Privacy e art. 3, comma 1, GDPR; 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. ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

**DIRITTI
DELL'INTERESSATO**

- 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. opporsi, in tutto o in parte:
- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che La riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, mediante l'uso di sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore mediante e-mail e/o mediante modalità di marketing tradizionali mediante telefono e/o posta cartacea;
- c) Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

L'Interessato, rivolgendosi direttamente al Titolare tramite mail potrà esercitare i propri diritti appena citati, inoltre, potrà proporre reclamo all'Autorità di vigilanza sul trattamento dei dati personali reperendo tutte le informazioni sul sito www.garanteprivacy.it.

Campobasso, lì ____/____/____

(firma leggibile per presa visione)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

ART. 7 DEL REG.UE 2016/679
Rev_02_2021

Nome _____ Cognome _____

C.F.

PEC _____ @ _____

COMUNICAZIONI COMMERCIALI

☐

PRESTA IL CONSENSO*

☐

NEGA IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali finalizzato a comunicazioni ed informazioni utili alla professione degli iscritti o comunicazioni promozionali relative ad iniziative commerciali dell'Ordine (al fine di ricevere materiale informativo, promozionale e/o partecipare a ricerche di mercato, mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili)

*tale consenso potrà essere rimosso in qualsiasi momento scrivendo a: ordinefarmacistib@pec.fofi.it

RILASCIO DATI DI CONTATTO A TERZI PER INIZIATIVE COMMERCIALI O PROMOZIONALI

☐

PRESTA IL CONSENSO*

☐

NEGA IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali finalizzato a comunicazioni commerciali o promozionali da parte di terzi inerenti la Professione.

e-mail: _____ @ _____

Telefono Cellulare: -

*tale consenso potrà essere rimosso in qualsiasi momento scrivendo a: ordinefarmacistib@pec.fofi.it

LIBERATORIA E CONSENSO PER L'USO LE IMMAGINI

☐

PRESTA IL CONSENSO ED AUTORIZZA*

☐

NEGA IL CONSENSO

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod.civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633 e s.m.i., Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione delle proprie immagini sul sito e/o su canali social ufficiali del Titolare (es.: Facebook¹, LinkedIn, altri social network e siti Internet del Titolare, il cui elenco è sempre disponibile su richiesta).

*tale consenso potrà essere rimosso in qualsiasi momento scrivendo a: ordinefarmacistib@pec.fofi.it

_____, lì ____/____/____

(firma leggibile)

¹ TRASFERIMENTO DEI DATI AL DI FUORI DELL'UNIONE EUROPEA

Le immagini sono memorizzate nei server di Facebook. Il Titolare informa comunque che Facebook Inc. ("Facebook") ha la certificazione relativa al framework dell'[EU-U.S. Privacy Shield Framework](#) (scudo UE-USA per la privacy) e al framework dello [Swiss-U.S. Privacy Shield Framework](#) (scudo Svizzera-USA per la privacy) (collettivamente "Framework del Privacy Shield") con l'U.S. Department of Commerce Dipartimento del Commercio degli Stati Uniti) in merito alla raccolta e all'elaborazione dei dati personali dei nostri inserzionisti, clienti o partner commerciali nell'Unione europea.