



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA

PROVINCIA DI CAMPOBASSO

ELENCO DEI DOCUMENTI da presentare per l'iscrizione all'Albo

- 1 Domanda di iscrizione, in **bollo da Euro 16,00** indirizzata al Presidente dell'Ordine (*modulo allegato da compilare in ogni sua parte*)
- 2 Informativa sulla Privacy (*modulo allegato, da leggere e firmare*)
- 3 Adesione alla convenzione per l'attivazione della casella di posta elettronica certificata obbligatoria per tutti i professionisti (*modulo allegato da compilare e firmare*)
- 4 *Attestazione Bonifico Bancario di Euro 158,31 intestato a (Ordine dei Farmacisti della Provincia di Campobasso) presso Unicredit – filiale di Campobasso- Via Pietrunto - Codice IBAN IT10M0200803813000103625134 (CAUSALE: Tassa iscrizione anno in corso e contributo anno in corso). Il bonifico deve essere effettuato con valuta a favore dell'ordine in data non successiva a quella apposta sulla domanda di iscrizione*
- 5 Ricevuta tassa concessioni governative di **Euro 168,00** versate sul c/c postale n. G.U. 8003 (*bollettino reperibile in posta – intestato a Agenzia delle entrate ufficio di Pescara causale: tassa iscrizione Albo Professionale dei Farmacisti, tasse e concessioni governative*)
- 6 Copia documento di identità in corso di validità (*la segreteria provvederà a trattenerne fotocopia segnando sulla stessa la data di esibizione*)
- 7 Copia tesserino del codice fiscale (*la segreteria provvederà a trattenerne fotocopia dello stesso*)
- 8 n.2 fotografie formato tessera
- 9 n. 1 marca da bollo di euro 16 euro per successivi adempimenti

Anche se consigliato, non è obbligatorio recarsi presso la sede dell'Ordine per presentare i documenti. Gli stessi possono essere spediti tramite raccomandata, rimanendo in attesa di ricevere la comunicazione di avvenuta iscrizione.

I Sanitari Impiegati nella Pubblica Amministrazione che intendono iscriversi all'Albo devono produrre, inoltre, il "nulla osta" rilasciato dalla pubblica Amministrazione dalla quale dipendono e dal quale risulti che, secondo gli ordinamenti interni, non è loro vietato l'esercizio della libera professione.

I cittadini extracomunitari in possesso di un titolo abilitante conseguito in Italia devono presentare permesso di soggiorno valido, rilasciato per motivi di lavoro. Sarà compito dell'Ordine richiedere al Ministero della Salute il relativo nulla osta.

IMPORTANTE:

L'iscrizione all'Ordine rende **obbligatorio** il versamento di due quote (qui sotto riportate), aggiornate annualmente, il cui mancato pagamento comporta automaticamente la cancellazione dall'Albo:

- 1) QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE **Chiedere documentazione in segreteria**
- 2) QUOTA DI ISCRIZIONE ALL' E.N.P.A.F. (Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Farmacisti) **Chiedere documentazione in segreteria o collegarsi al sito <http://www.enpaf.it/>**

bollo da
€ 16,00

Ill.mo Signor PRESIDENTE dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di
CAMPOBASSO

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**

- 1) di essere nato/a a _____ il _____
- 2) di essere residente a _____ cap _____ in Via _____
- 3) di essere cittadino/a _____
- 4) di avere il seguente codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _____
- 5) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista in data _____ presso l'Università degli Studi di _____
- 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 delle 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

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

- 1) di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei farmacisti di CAMPOBA SSO presso *(da dichiarare solo se non residente in provincia di Campobasso)*
- 2) di avere i seguenti procedimenti 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:



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 *pro-tempore*)

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.

OBBLIGO 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, li ___/___/_____

(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: ordinefarmacisticb@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: ordinefarmacisticb@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: ordinefarmacisticb@pec.fofi.it

_____, li ___/___/_____

(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.

SCHEDA INFORMATIVA
DI ISCRIZIONE ALL' AL BO

Cognome _____ nome _____

Coniugata in _____ (cognome del marito)

Laureato in _____

Presso l'università di _____ in data _____

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

ed il proprio indirizzo e-mail _____

eventuale iscrizione ad altro ordine professionale (medici, ingegneri, ecc.) e relativa data di iscrizione _____

(luogo e data)

(firma)

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)

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il Richiedente, con il presente modulo di adesione compilato e sottoscritto in ogni sua parte, si impegna a concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata) con la società

Aruba PEC ed il Partner sopra individuato, ai termini ed alle condizioni indicate nelle "Condizioni Generali di Contratto" e nel "Manuale Operativo" disponibili alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx> <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare.

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a il ___/___/___

A _____ Pr (_____) Cod.Fisc. _____

Residente a _____ Pr (____)

In Via/Piazza _____ Nr° _____

Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____

E-Mail _____@_____

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

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

Lì _____ Data _____ Firma _____

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c. si dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 3. Conclusione del contratto; 4. Requisiti; 6. Livelli di servizio; 8. Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 9. Limitazioni di responsabilità del Gestore; 13. Cambi di proprietà e 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.

Lì _____ Data _____ Firma _____

Manifestazione Di Consenso Al Trattamento Dei Dati Personali

Preso atto dell'Informativa art. 13 legge 196/2003 contenuta nelle Condizioni Generali di Contratto 'Posta Elettronica Certificata' presto il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Lì _____ Data _____ Firma _____