



- 7) di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine e all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)
- 8) di avere il pieno godimento dei diritti civili
- 9) 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
- 10) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

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 amministrazioneOPPURE
  - ☒ 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

- ☒ 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*.
- 4) di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari.

#### E FA DOMANDA

di essere iscritto all'Albo professionale di codesto Ordine per trasferimento.

- ⌘ (f) A tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine.

---

(luogo e data)

---

(firma) (g)

- 
- (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 (sessione) di conseguimento dell'abilitazione.
  - (f) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine presso il quale richiede di trasferire la propria iscrizione, e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.
  - (g) *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 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'arma, le tessere di riconoscimento rilasciate da un'amministrazione dello Stato, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente).*

# **GIURAMENTO DEL FARMACISTA**

Testo approvato dal Consiglio Nazionale della F.O.F.I. in data 15.12.2005

## GIURO

I

Di esercitare l'arte farmaceutica in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento, in scienza e coscienza e nel rigoroso rispetto delle leggi, dei regolamenti e delle norme di deontologia professionale;

II

Di difendere il valore della vita con la tutela della salute fisica e psichica delle persone e il sollievo della sofferenza come fini esclusivi della professione, ad esse ispirando ogni mio atto professionale con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, affermando il principio etico dell'umana solidarietà;

III

Di assistere tutti coloro che ricorreranno alla mia opera professionale con scrupolo, attenzione e dedizione, senza alcuna distinzione di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e nel più rigoroso rispetto della loro dignità;

IV

Di affidare la mia reputazione esclusivamente alle mie capacità professionali e alle doti morali di cui saprò dare prova e di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio, la dignità e il decoro della professione farmaceutica.

## LO GIURO

Io sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ a norma dell'art. 3 del Codice Deontologico del Farmacista dichiaro di avere letto il Codice stesso e di rispettare i principi del giuramento professionale,.

In fede

Ravenna, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

## **Informativa ex art. 13 legge 196/2003**

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,  
ai sensi dell'articolo 10 della legge 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 13 della legge n. 675/1996, che per Sua comodità riproduciamo di seguito integralmente.**

### **LEGGE n. 196/2003 – Art. 7 – Diritti dell'interessato**

1. In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto:
  - a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro di cui all'articolo 31, comma 1, lettera a), l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarlo;
  - b) di essere informato su quanto indicato all'articolo 7, comma 4, lettere a), b) e h);
  - c) di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo:
    - 1) la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la richiesta può essere rinnovata, salva l'esistenza di giustificati motivi, con intervallo non minore di novanta giorni;
    - 2) 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;
    - 3) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
    - 4) l'attestazione che le operazioni di cui ai numeri 2) e 3) 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 riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
  - d) di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - e) di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto a fini di informazioni commerciali o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva e di essere informato dal titolare, non oltre il momento in cui i dati sono comunicati o diffusi, della possibilità di esercitare gratuitamente tale diritto.
- 2) Per ciascuna richiesta di cui al comma 1, lettera c), numero 1), può essere chiesto all'interessato, ove non risulti confermata l'esistenza di dati che lo riguardano, un contributo spese, non superiore ai costi effettivamente sopportati, secondo le modalità ed entro i limiti stabiliti dal regolamento di cui all'articolo 33, comma 3.
- 3) I diritti di cui al comma 1 riferiti ai dati personali concernenti persone decedute possono essere esercitati da chiunque vi abbia interesse.
- 4) Nell'esercizio dei diritti di cui al comma 1 l'interessato può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.
- 5) Restano ferme le norme sul segreto professionale degli esercenti la professione di giornalista, limitatamente alla fonte della notizia.

---

(luogo e data)

---

(firma)

ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI RAVENNA

**DOCUMENTI E VERSAMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO  
PROFESSIONALE PER TRASFERIMENTO**

- n. 2 fototessere;
- modulo di adesione alla PEC
- fotocopia documento di identità
- domanda di iscrizione con bollo da €16,00

**A cura del Partner Aruba Pec**

Compilare in Stampatello

\_\_\_\_\_   
Ragione Sociale

\_\_\_\_\_   
P. Iva

\_\_\_\_\_   
Legale Rappresentate (Nome Cognome)

Timbro

\_\_\_\_\_   
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** \_\_\_\_\_