

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
11.
 - ✕ di non essere stato iscritto in precedenza all'Albo presso altro 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:

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.

- ☒ (f) 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 (g);
- oppure
- ☒ si impegna a produrre l'attestazione del pagamento della tassa di concessione governativa (h).

(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 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 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'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)

ENPAF

A norma dell'art.21 del DLCPS 233/1946 per tutti gli iscritti all'Albo è **obbligatoria l'iscrizione all'ENPAF** (Ente nazionale previdenza e assistenza farmacisti - www.enpaf.it) e il pagamento del relativo contributo.

Tale contributo nasce "intero", ma può essere chiesta la riduzione del 33%, del 50%, dell'**85%**, maturando così una pensione proporzionata all'importo pagato.

Si rammenta che:

· **solo il lavoratore dipendente che esercita l'attività professionale di farmacista, il disoccupato involontario (disoccupazione certificata presso un centro per l'impiego) e il pensionato ENPAF non esercitante la professione del farmacista possono chiedere la riduzione fino all'85%;**

· gli iscritti all'Albo che non esercitano la professione di farmacista (o che esercitano una professione diversa da quella del farmacista, o pensionati presso Ente diverso da ENPAF) possono chiedere solamente la riduzione del 50%;

· non hanno diritto alla riduzione del contributo previdenziale ENPAF i titolari di farmacia, i soci di società che gestiscono farmacie private ai sensi della legge n. 362/1991, i collaboratori di impresa familiare e in genere tutti gli associati agli utili della farmacia;

· non hanno diritto alla riduzione del contributo previdenziale ENPAF i titolari di parafarmacia, i soci di società che gestiscono parafarmacie, i collaboratori di impresa familiare e in genere tutti gli associati agli utili della parafarmacia;

· non hanno diritto ad alcuna riduzione gli iscritti che svolgano attività professionale in relazione alla quale non sono soggetti ad altra previdenza obbligatoria oltre a quella dell'ENPAF (attività svolta in regime di co.co.co. o con apertura di partita IVA o borse di studio non assoggettate all'obbligo della contribuzione alla Gestione Separata INPS).

La **disoccupazione involontaria va certificata**; pertanto, gli iscritti all'Albo non occupati devono produrre un documento di disoccupazione presso un centro per l'impiego. Tale stato può essere mantenuto per un **massimo di 5 anni**, dopo i quali la disoccupazione viene equiparata a "iscritti che non esercitano la professione" e la quota ENPAF passa al 50%.

La pensione si matura a 65 anni dopo 30 anni di iscrizione all'Albo, di cui almeno 20 di attività di lavoro qualificabile come attività professionale del farmacista.

Al lavoratore dipendente come farmacista e al disoccupato involontario (disoccupazione certificata), che non intendono maturare una pensione, viene data la possibilità, in via alternativa al contributo pensionistico, di versare un **contributo di solidarietà, pari al 3% del contributo intero.**

Tale contributo è a fondo perduto e non matura pensione.

IMPORTANTE: Il contributo previdenziale obbligatorio ridotto, come pure il contributo di solidarietà, non vengono riconosciuti d'ufficio, **occorre un'apposita domanda.**

La richiesta va redatta su apposito modulo scaricabile all'indirizzo www.enpaf.it alla voce "documenti" - "modulistica" ed è da inviare con raccomandata con ricevuta di ritorno da parte dell'iscritto direttamente all'ENPAF Viale Pasteur n. 49 00144 ROMA entro il **30 settembre dell'anno successivo** a quello di prima iscrizione all'Albo. Pertanto un iscritto nell'anno 2012 avrà tempo per regolarizzare la propria posizione ENPAF fino al 30 settembre 2013.

Tuttavia, poiché i neo-iscritti ricevono la richiesta di pagamento dell'ENPAF a febbraio dell'anno successivo all'anno di iscrizione, comprensiva della quota relativa all'anno di iscrizione e della quota per l'anno in corso, **codesto Ordine consiglia di comunicare la propria scelta entro l'anno di iscrizione.**

Qualora il farmacista iscritto per la prima volta non presentasse la domanda entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di prima iscrizione, il termine è perentorio e il suo superamento comporta l'attribuzione della quota intera per almeno un triennio (l'anno di prima iscrizione e i due successivi).

Per presentare la domanda di riduzione o di attribuzione del contributo di solidarietà non è sufficiente trovarsi in una delle condizioni previste dal regolamento al momento della domanda, ma occorre averne il possesso per **almeno sei mesi e un giorno nel corso dell'anno o per almeno la metà più uno dei giorni del periodo di prima iscrizione.**

Se la riduzione viene concessa in riferimento a contratti di lavoro a tempo determinato, l'iscritto al termine del rapporto deve inviare nuova comunicazione all'ENPAF per evitare che l'aliquota contributiva venga portata a quota intera.

Se la condizione che ha consentito di ottenere la riduzione contributiva o il contributo di solidarietà non è cambiata non occorre rinnovare la domanda di riduzione ogni anno.

Il farmacista iscritto per la prima volta riceve i bollettini bancari per la riscossione l'anno successivo a quello della prima iscrizione, quindi la contribuzione di cui viene richiesto il versamento riguarda due anni, l'anno di prima iscrizione e quello successivo, indipendentemente dalla data di prima iscrizione.

Data.....

Firma

ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI RAVENNA

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

- n. 2 fototessere;
- domanda di iscrizione con bollo da €16,00
- privacy firmata
- documento con informazioni Enpaf firmato per presa visione
- modulo adesione PEC
- fotocopia documento di identità

- versamento tassa di concessione governativa di €168,00 - versata all'Ufficio Postale sul c/c n. 8003 intestato a: AGENZIA DELLE ENTRATE, CENTRO OPERATIVO DI PESCARA TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE, (è obbligatorio indicare la causale del versamento, "iscrizione all'Albo professionale dei Farmacisti");

- pagamento in contanti alla segreteria al momento della consegna della domanda della tassa di iscrizione per l'anno corrente (€93,00)

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** _____