



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI COSENZA

CORSO B. TELESIO N. 5 - 87100 COSENZA - Tel. e Fax 0984/22927 E-Mail : ordcs@tiscalinet.it

ORARI DI APERTURA DEGLI UFFICI: 9.00 - 16.00 dal lunedì al venerdì

ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

Per iscriversi all'Albo Professionale dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Cosenza bisogna presentare, presso la Segreteria dell'Ordine, la **domanda di iscrizione** compilando il modello allegato.

L'iscrizione decorre dalla data della delibera del Consiglio dell'Ordine se il pagamento della tassa di concessione governativa è antecedente alla data della delibera. Se successivo, l'iscrizione decorrerà dalla data del pagamento. Il richiedente deve avere la **RESIDENZA** nella provincia di Cosenza, se ha la residenza fuori dalla provincia di Cosenza dovrà dichiarare dove esercitare la **Professione**. Nel caso in cui l'interessato ancora non eserciti la professione nella circoscrizione dell'Ordine, ma dichiarare nella domanda che ivi intende esercitarla, otterrà l'iscrizione, ma tale requisito dovrà essere comprovato all'Ordine entro il termine di un anno dall'iscrizione.

SI RACCOMANDA LEGGERE ATTENTAMENTE LE NOTE PRIMA DI COMPILARE LA DOMANDA
soprattutto le note "e" ed "f"

Al momento della consegna della domanda di iscrizione si dovrà allegare:

- una **marca da bollo da € 16,00** che verrà applicata sulla domanda presso gli uffici dell'Ordine;
- **ricevuta del pagamento della Tassa di Concessione Governativa:** versamento di **€ 168,00** da effettuare sul c/c postale c/c **8003** intestato a Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative. Se il c/c è precompilato codice tariffa "8617", tipo di versamento "rilascio". Se il c/c è in bianco nella causale indicare: "tassa iscrizione Albo Professionale dei Farmacisti".

La tassa deve essere pagata nello stesso anno in cui si presenta la domanda d'iscrizione.

- **fotocopia** certificato di laurea/abilitazione (non obbligatori perché si autocertificano nella domanda);
- **2 fotografie** formato tessera;
- fotocopia **documento d'identità** valido e tesserino del **codice fiscale**;
- **ricevuta del bonifico bancario per il versamento della Quota d'iscrizione di € 121,37.**

Iban per bonifico intestato all'Ordine: BPER IT05J0538716200000000996216

Causale: Iscrizione Albo Professionale anno...., Cognome, Nome, Codice Fiscale.

Negli anni successivi al primo la tassa annuale diventa di € 129,11

ENPAF

L'iscrizione all'Albo Professionale comporta l'iscrizione d'ufficio all'ENPAF, ente previdenziale, per maturare una pensione attraverso il pagamento di un contributo annuo non frazionabile, **obbligatorio** per l'intera annualità, indipendentemente da giorno e mese di iscrizione o di cancellazione. Di tale contributo **si può chiedere la riduzione** del 33%, del 50% e dell'85%, maturando una pensione proporzionata all'importo pagato, se si rientra in una delle seguenti categorie:

- lavoratore dipendente che esercita l'attività professionale (riduzione dell'85% o del 50% o del 33%);
- disoccupato involontario con iscrizione al Centro per l'Impiego (riduzione massimo per 5 anni);
- non esercitante la professione di farmacista (riduzione al massimo del 50%);
- pensionato ENPAF non esercita la professione di farmacista (riduzione dell'85% o del 50% o del 33%).

Il "**Contributo di solidarietà**" è a fondo perduto e non matura pensione, può essere richiesto da lavoratori dipendenti e disoccupati involontari.

La domanda per richiedere la riduzione o il contributo di solidarietà va inviata all'ENPAF. Maggiori informazioni e Moduli sul sito www.enpaf.it.

Non si può chiedere la riduzione del contributo Enpaf se l'attività professionale di farmacista è svolta: in qualità di titolare, socio, collaboratore di impresa familiare, associato agli utili, di farmacia o di parafarmacia; in regime di lavoro autonomo, con o senza Partita Iva; con contratto a progetto o co.co.co.; con borse di studio non assoggettate senza ulteriore copertura previdenziale oltre quella dell'Enpaf.

E C M: Educazione Continua in Medicina

Per i nuovi iscritti all'Albo l'obbligo dell'aggiornamento professionale e del conseguimento dei crediti Ecm, decorre dall'anno successivo a quello d'iscrizione. I crediti conseguiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, ma si perdono.

DOMANDA DI ISCRIZIONE

(IN BOLLO)

All'Ordine dei farmacisti di
COSENZA

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____
(cognome e nome)

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 (nota a)**

1) di essere nato/a a (nota b) _____ Pr. (___) il _____

2) di essere residente in (nota c) _____ Pr. (___) cap _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

3) di essere cittadino/a (nota d) _____

4) di avere il seguente codice fiscale

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

5) di essere laureato/a in: Farmacia / C.T.F., c/o l'Università degli Studi di _____
il _____

6) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista c/o l'Università di _____
nella _____ sessione dell'anno _____

7) di avere il pieno godimento dei diritti civili

8) 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

9) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

10)

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 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 NOTORIETÀ, DICHIARA (*nota a*)

1) di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei farmacisti di Cosenza (*in mancanza della residenza nella provincia di Cosenza*) (*nota e*)

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 é impiegato/a nella pubblica amministrazione

OPPURE

è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

è inquadrato/a nella qualifica funzionale e riveste il profilo professionale seguente:

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, non avendo la residenza e non svolgendo attualmente attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine, dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine (*nota f*);

INOLTRE, a tal fine

allega la ricevuta del bollettino di pagamento della tassa di concessione governativa (*nota g*);
oppure

si impegna a produrre l'attestazione del pagamento della tassa di concessione governativa (*nota h*).

(luogo e data)

(firma) (*nota i*)

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero di cellulare _____ ed il proprio indirizzo e-mail _____.

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)

SI CONSIGLIA DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE SEGUENTI **NOTE**

PRIMA DI COMPILARE LA DOMANDA:

- (a) Cancellare le voci che non interessano.
- (b) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e 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) Il richiedente che non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine (provincia di Cosenza) dovrà dichiarare dove esercita la professione nell'ambito della provincia di Cosenza o dovrà dichiarare (alla fine del modulo di domanda) che ivi intende esercitarla (vedere nota "f")
- (f) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine (provincia di Cosenza) e non svolge attualmente attività professionale nella provincia di Cosenza. Tuttavia, nel caso in cui l'interessato ancora non eserciti la professione nella circoscrizione dell'Ordine, ma dichiararsi nella domanda che ivi intende esercitarla, otterrà comunque l'iscrizione, ma il requisito dell'esercizio della professione nella provincia di Cosenza dovrà essere successivamente comprovato all'Ordine entro il termine di un anno dall'iscrizione stessa.
- (g) L'iscrizione sarà efficace dalla data di deliberazione del Consiglio, se il pagamento sia stato effettuato prima della data di tale deliberazione.
- (h) Ove il pagamento sia successivo alla data di deliberazione del Consiglio, l'iscrizione decorrerà dalla data del pagamento.
- (i) Se la domanda contiene anche dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente che riceve la documentazione, oppure, se inviata per posta o fax, deve essere accompagnata da fotocopia di un documento di identità o equipollente documento (*sono equipollenti: passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, patentino abilitazione conduzione impianti termici, porto d'armi, tessere di riconoscimento rilasciate da amministrazione dello Stato, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente*).

Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali

ai sensi dell'art 13 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati personali (GDPR UE n.679/2016)

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,

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

Titolare del trattamento, e Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO)

Titolare del trattamento dei dati personali è il Consiglio dell'Ordine dei farmacisti di COSENZA,

con sede in COSENZA Corso B. Telesio n. 5

Finalità del trattamento e base giuridica 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) invio di comunicazioni e 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) previa il Suo esplicito consenso all'Ordine.

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 e conseguenze dell'eventuale rifiuto

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 (vedi nel seguito Consenso "A").

Ambito di comunicazione e diffusione

I suoi dati, non saranno da noi diffusi o ceduti a Terzi per finalità diverse da quelle sopra indicate/previste senza una Sua esplicita richiesta o un Suo esplicito consenso, salvo comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Potranno essere comunicati a pubbliche amministrazioni, autorità ed enti, pubblici e privati che ne facciano richiesta, i dati personali contenuti nell'Albo professionale (pubblico), come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento.

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, incluse le comunicazioni a Ministeri, Enti Previdenziali, Università.

L'Ordine potrà dare notizia, anche on line, dell'esistenza di provvedimenti che dispongono la sospensione o che incidono sull'esercizio della professione; potrà, inoltre, su richiesta dell'interessato, integrare i dati personali con ulteriori dati pertinenti e non eccedenti in relazione all'attività professionale, nonché fornire a terzi notizie o informazioni relative a speciali qualificazioni professionali non menzionate nell'Albo, ovvero alla disponibilità di assumere incarichi o a ricevere materiale informativo a carattere scientifico inerente anche a convegni o seminari.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

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 a Lei riferiti potranno essere cancellati a conclusione dei trattamenti previsti dalle normative vigenti in materia.

Profilazione e/o processo decisionale automatizzato

La gestione dell'albo non richiede la profilazione dell'interessato. Vengono eseguiti controlli, anche automatizzati, sulla presenza e conservazione delle caratteristiche e dei requisiti previsti/richiesti agli iscritti all'Albo.

Diritti dell'interessato

Per chiarimenti e/o per esercitare i suoi diritti, previsti dagli artt.12-22 del Regolamento EU 679/2016, può inviare una richiesta scritta all'indirizzo postale del Titolare o scrivere in forma elettronica a:

	punti di contatto	Indirizzo
TITOLARE	Email ordcs@tiscali.it PEC ordinefarmacistics@pec.fofi.it Tel. 0984/22927	ORDINE FARMACISTI DI COSENZA CORSO B. TELESIO N. 5 87100 COSENZA
Responsabile della protezione dei dati	dpo@ordinefarmacisti-cs.it	DPO-SSP SRLS VIA FERRARA 40 - BOLOGNA

(luogo e data)

(firma)

Manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali.

ai sensi degli artt. 6,7,8 e 9 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati personali (GDPR UE n. 679/2016)

Il sottoscritto, _____ presa visione dell'informativa sul trattamento che dichiara aver letto e ricevuta in copia, **consente/non consente:**

A. il trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati dalla normativa come dati "particolari" e giudiziari di dati per le finalità indicate nell'informativa

consente **non consente**

B. l'invio di comunicazioni e informazioni utili alla professione degli iscritti o comunicazioni promozionali relative ad iniziative commerciali dell'ordine Titolare (contenente materiale informativo, promozionale e/o ricerche di mercato), mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili

consente **non consente**

Resta inteso che in qualsiasi momento Lei potrà revocare/variare il consenso espresso al punto B, accedendo al portale dell'ordine od inviando comunicazione scritta.

Data __/__/____

FIRMA

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 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>, 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 _____