



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 dichiari 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.

- **2 fotografie** formato tessera;
- fotocopia **documento d'identità** valido e tesserino del **codice fiscale**;
- **fotocopia** certificato di laurea/abilitazione (**non obbligatori** perché si autocertificano nella domanda);
- **Quota d'iscrizione** anno in corso di **€ 121,37** da versare presso la segreteria dell'Ordine. 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.

L'importo annuo per il 2018 è di € 4.521,00. Il primo anno si versano anche € 52,00 di quota d'iscrizione non dovute da chi opta per la Solidarietà. Di tale contributo **si può essere 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%, 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 esercitante la professione di farmacista (rid. dell'85%, del 50% o del 33%).

Il **"Contributo di Solidarietà"** che è a fondo perduto e non matura pensione, per gli iscritti lavoratori Dipendenti è pari ad € 178,00 e per gli iscritti disoccupati involontari è pari a € 89,00.

La domanda per ottenere una delle riduzioni previste o per richiedere il Contributo di solidarietà, va redatta su apposito modulo da ritirare presso la Segreteria dell'Ordine e da inviare 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 con contratto di collaborazione coordinata e continuativa;
- 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

(BOLLO € 16,00)

All'Ordine dei Farmacisti della
Provincia di Cosenza

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 (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

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

☐ radazione 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 è impiegato/a nella pubblica amministrazione

oppure

☐ è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

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

professionale:

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;

☐ è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale

☐ 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 della circoscrizione dell'Ordine, dichiara che intende

☐ svolgere attività professionale della 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, 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) 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 dichiarare 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 ex art. 13 DLgs 196/2003

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,

ai sensi dell'articolo 13 del DLgs 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 7 del DLgs n. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo di seguito integralmente.

DLgs n. 196/2003 -- Art. 7 -- Diritti dell'interessato

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di 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'articolo 5, comma 2;

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. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

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. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

(luogo e data)

(firma)

A cura del Partner Aruba Pec

Compilare in Stampatello

Ragione Sociale_____
P.Iva_____
Legale Rappresentante (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 indica espressamente di conoscere ed accettare.

Il/La Sottoscritto/a _____**Nato/a il** _____**A** _____**Prov. () Cod. Fiscale** _____**Residente a** _____**Prov. ()** _____**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 del Contratto "Posta Elettronica Certificata" presto il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Lì _____ **Data** _____**Firma** _____