
la riabilitazione della condanna penale) (oppure) rinuncia all'iscrizione (oppure) morosità dei contributi (oppure) morosità dei contributi ENPAF (*)

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ,

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- di non essere impiegato/a nella pubblica amministrazione (oppure) di essere impiegato/a nella seguente P.A. _____ (precisare P.A. e rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale) e come tale, in base all'ordinamento a sé applicabile: non gli/le è vietato l'esercizio della libera professione (oppure) è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale (oppure) gli/le è consentita l'iscrizione all'Albo professionale, nell'elenco speciale (*)
- di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata _____ (oppure) di non avere ancora la PEC e di richiederne l'attivazione all'Ordine (*)
- di avere il domicilio a _____ Prov. _____ in Via _____ n. _____ C.a.p. _____ (barrare e indicare solo se diverso rispetto alla residenza) (*)
- di aver letto il vigente Codice Deontologico del Farmacista unitamente al Giuramento del Farmacista e di essere consapevole degli obblighi ivi previsti (link https://www.fofi.it/doc_fofi/Codice_Deontologico_con_commentario) (*)

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale di farmacista dell'Ordine

A tal fine, dichiara che:

- intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine
(da barrare solo per chi non ha la residenza o il domicilio nella/e provincia/e dell'Ordine)

(Luogo e data)

(Firma)

In aggiunta alla PEC, comunica, inoltre, i seguenti recapiti per comunicazioni istituzionali e professionali da parte dell'Ordine di iscrizione e/o da parte della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (le finalità sono meglio specificate nell'Informativa Privacy allegata alla presente domanda di iscrizione):

Cellulare _____ Telefono lavoro _____ Telefono abitazione _____
E-mail _____

I campi con accanto un asterisco (*) sono obbligatori.

Le informazioni inserite sono rese in forma di Autocertificazione/Autodichiarazione ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (art. 76 del medesimo decreto: sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci), prestare la massima attenzione sulla completezza, correttezza e veridicità dei dati forniti.

Allega alla presente domanda i seguenti documenti, unitamente agli altri eventualmente richiesti dall'Ordine:

- ***Copia di un documento di riconoscimento valido (fronte/retro)***
- ***Copia della Tessera Sanitaria/Codice Fiscale***
- ***Fotografia per il tesserino di iscrizione***
- ***Attestazione del pagamento di 168,00€ per la Tassa di concessione governativa (su c/c postale n. 8003 intestato a Ufficio del Registro Tasse – Pescara (Tasse Concessioni Governative)***
- ***Attestazione del pagamento della quota di iscrizione all'albo (€ 185,00 a mezzo PAGO PA che riceverà via email)***
- ***Attestazione del pagamento dell'imposta di bollo virtuale di 16,00€ (solo in caso di Ordine che utilizza la marca da bollo virtuale in istanze telematiche), oppure, Autocertificazione sottoscritta di annullamento del pagamento dell'imposta di bollo di 16,00€ per le istanze trasmesse alle PP.AA. ex DPR 642/1972 (solo per marca da bollo cartacea)***
- ***Permesso di soggiorno valido (solo per cittadini extra UE) e decreto di riconoscimento titolo rilasciato dal Ministero della salute (solo per i cittadini UE o extra UE) o Tessera professionale europea-EPC (solo per i cittadini UE)***
- ***'Nulla osta' rilasciato dalla Pubblica Amministrazione (solo per dipendenti della PA)***

I campi con accanto un asterisco () sono obbligatori.*

Le informazioni inserite sono rese in forma di Autocertificazione/Autodichiarazione ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (art. 76 del medesimo decreto: sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci), prestare la massima attenzione sulla completezza, correttezza e veridicità dei dati forniti.