



# Ordine dei Farmacisti di Caserta

FAC-SIMILE DI DOMANDA DI ISCRIZIONE

(IN BOLLO)

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DI \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa \_\_\_\_\_

(Nome e Cognome)

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge n. 15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti degli artt. 2 e 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e degli artt. 1 e 2 del DPR n. 403/1998,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,

DICHIARA (a)

- 1) di essere nato/a a\_(b) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2) di essere residente in\_(c) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_
- 3) di essere cittadino/a (d) \_\_\_\_\_
- 4) di non avere precedenti penali
- 5) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista  
(e) \_\_\_\_\_

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

DICHIARA (a)

- 1) di avere il pieno godimento dei diritti civili
- 2) di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei farmacisti di:  
\_\_\_\_\_  
presso: \_\_\_\_\_
- 3) di avere i seguenti precedenti penali: \_\_\_\_\_



## Ordine dei Farmacisti di Caserta

4) 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 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

libera professione;

e come tale in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, non gli/le è vietato l'esercizio della professione;

e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale, nell'elenco speciale e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, gli/le è consentita l'iscrizione.

5) di non aver presentato domanda in altri Albi d'Italia

6) di aver completato il ciclo di vaccinazione Covid19.

7) di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, parte integrante di questo modulo, da parte dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Caserta e di autorizzarne il trattamento nei limiti delle finalità indicate nella informativa ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo n° 679/2016 "GDPR" e del D. Lgs n° 101/2018.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento del primo accesso presso la struttura dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Caserta e verrà ritenuto valido per tutti gli accessi successivi.

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;

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)



## Ordine dei Farmacisti di Caserta

- 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 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