

TEL _____ 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 vigente lui/lei applicabile, non gli 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"

4) che non sussiste alcuna delle cause, previste dalle vigenti disposizioni, che precludono il trasferimento dell'iscrizione all'Albo (*non è ammesso il trasferimento dell'iscrizione per il farmacista che si trovi sottoposto a procedimento penale o a procedimento per l'applicazione della di una misura di sicurezza o a procedimento disciplinare o che sia sospeso dall'esercizio della professione*).

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale dell'Ordine dei farmacisti della Provincia di Oristano per trasferimento.

A tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine;

Oristano, _____

_____ (*)
(firma)

Qualifica professionale _____ Telefono abitazione _____
Telefono lavoro _____ Telefono cellulare _____
E-mail (obbligatoria) _____

ALLEGATI:

- 1) Fotocopia carta d'identità
- 2) Fotocopia codice fiscale
- 3) Informativa Privacy

(*) *Se la domanda contiene anche dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, 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 identità o di equipollente documento di riconoscimento.*