

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**PER TRASFERIMENTO**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

**DICHIARA**

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

*(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

- di avere il seguente codice fiscale 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 (\*)
- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (\*)
- di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ (\*)  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ (\*)
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ (\*)
- di aver conseguito la Laurea in \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (\*)
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista presso \_\_\_\_\_  
nella sessione \_\_\_\_/\_\_\_\_ (*precisare sessione ed anno*)  
(oppure)  aver conseguito la Laurea abilitante all'esercizio della professione di farmacista (L. 163/2021) presso  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (\*)
- di avere (*oppure*)  di non avere il pieno godimento dei diritti civili (\*)
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (*oppure*)  di aver riportato le condanne penali o provvedimenti iscritti nel casellario giudiziale di seguito indicati \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (*precisare reato, Autorità, numero e data della sentenza*) (\*)
- di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso (*oppure*)  di avere a proprio carico i seguenti procedimenti penali in corso: \_\_\_\_\_ (*precisare reato contestato e Tribunale competente*) (\*)
- di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dei Farmacisti tenuto dall'Ordine di \_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_ data iscrizione \_\_\_\_\_ (\*)

**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 P.E.C. e di richiederne l'attivazione all'Ordine (\*)

*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.*

- di avere il domicilio a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in via/piazza/altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.A. \_\_\_\_\_ (barrare e indicare solo se diverso rispetto alla residenza) (\*)
- di avere regolarmente eseguito il pagamento di tutti i contributi dovuti all'Ordine di provenienza e all'Ente di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF) (\*)
- di non essere a conoscenza di avere procedimenti disciplinari in corso né di essere sospeso/a dall'esercizio della professione (oppure)  di avere a proprio carico i seguenti procedimenti disciplinari in corso e/o di essere sospeso/a dall'esercizio della professione \_\_\_\_\_ (precisare illecito deontologico oggetto del procedimento disciplinare e/o eventuali sanzioni di sospensione irrogate e Ordine competente) (\*)

### **E FA DOMANDA**

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

---

A tal fine, dichiara inoltre che:

svolge o intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine (o anche)  intende trasferire la residenza nella circoscrizione dell'Ordine (solo chi non ha la residenza o il domicilio nella/e provincia/e dell'Ordine deve barrare obbligatoriamente una delle due opzioni) (\*)

---

(Luogo e data)

---

(Firma per esteso e leggibile)

In aggiunta alla P.E.C., comunica 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 \_\_\_\_\_

**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 (se non caricata nel sistema RUF)**
- **Attestazione del pagamento di 16,00€ per l'imposta di bollo per le istanze trasmesse alle PP.AA. (DPR 642/1972), accompagnata da autocertificazione di annullamento sottoscritta (solo per marca da bollo cartacea utilizzata in istanza telematiche)**
- **Permesso di soggiorno valido (solo per cittadini extra UE)**

*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.*