

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

(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) _____
- 3) di essere cittadino/a (d) _____
- 4) di non avere precedenti penali
- 5) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista: (e) _____

- 6) di avere il seguente codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
- 7) di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei farmacisti di _____
- 8) di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine, alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti Italiani e all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)

**INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ,
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: _____

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 é impiegato/a nella pubblica amministrazione

OPPURE

è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

_____ è inquadrato/a nella qualifica funzionale e riveste il profilo professionale seguenti:

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;

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".

5) che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive del trasferimento di cui all'art. 10 del DPR n. 221/1950, e in particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale o a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza o a procedimento disciplinare e che non è sospeso/a dall'esercizio della professione di farmacista

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine per trasferimento.

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

(luogo e data)

(FIRMA) (g)

-
-
- (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 presso il quale richiede di trasferire la propria iscrizione, e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.***
 - (g) SE LA DOMANDA CONTIENE ANCHE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE, SE INVIATA PER POSTA O PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.**