



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI MACERATA

C.so Cavour, 40 - tel. 0733/231353 – fax 0733/522328

62100 - MACERATA

e.mail: ordinefarmacistimc@tin.it

pec: ordinefarmacistimc@pec.fofi.it

ORARIO DI APERTURA SEGRETERIA:

Lunedì	13,00-16,00
Martedì	9,00-11,00
Mercoledì	9,00-11,00
Giovedì	9,00-11,00 e 15,00-16,30
Venerdì	9,00-11,00

NORME PER IL TRASFERIMENTO VERSO IL NOSTRO ORDINE

L'iscrizione dei farmacisti nell'Albo Professionale è subordinata alla presentazione dei seguenti documenti:

1. Domanda in bollo da € 16,00 all'Ordine nella cui circoscrizione il richiedente intende trasferire la propria iscrizione;
2. **(per i cittadini stranieri)** fotocopia del permesso di soggiorno in cui risulti la data di inizio del permesso di soggiorno e la eventuale data di fine;

Inoltre allegare:

- a) TRE fotografie tipo tessera ai fini del rilascio del tesserino di iscrizione;
- a) fotocopia carta identità o patente (fronte/retro);
- b) fotocopia tesserino codice fiscale o sanitario (fronte/retro).

TESSERINO ISCRIZIONE

€ 5,00

Per richiesta eventuale indirizzo PEC

€ 5,00

(Totale € 10,00)

Da pagare presso l'Ordine al momento della presentazione della documentazione sopra richiesta oppure possono essere versati sul c/c postale n. 11189628 intestato all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Macerata (in questo caso presentare fotocopia del versamento) o tramite bonifico bancario da versare sul c/c della CARIFERMO Ag. di Macerata (codice IBAN : IT31 G 06150 13400 CC0320051124) intestato a: Ordine dei Farmacisti di Macerata (anche in questo caso presentare la relativa fotocopia del versamento insieme alla domanda).

A norma di Legge 2/2009 art. 16 comma 7 **tutti gli iscritti all'albo devono possedere un indirizzo PEC**, se si è già in possesso, basta scriverlo nell'apposito spazio per chi non lo possedesse può farne richiesta alla segreteria **versando un contributo una tantum di € 5,00 (cinque/00)** con le stesse modalità sopra descritte, e compilando l'apposito modulo allegato, altrimenti può essere richiesto gratuitamente attraverso il sito governativo www.postacertificata.gov.it seguendo le istruzioni.

Si ricorda che la tassa di iscrizione all'albo va pagata all'Ordine dei Farmacisti con cui si è iscritti alla data del 01 gennaio.

MARCA DA BOLLO

€16,00

RISERVATO ALL'UFFICIO

Ricezione a cura di _____

Del _____

Prot.n. _____ del _____

FOTO

APPORRE FIRMA

TRA FOTO E

DOMANDA

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI
MACERATA

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,

DICHIARA (a)

1. di essere nato/a a (b) _____

il _____

2. di essere residente in (c) _____ cap _____

via _____ telefono _____

cellulare _____ e.mail _____

p.e.c. _____

3. di essere cittadino/a (d) _____
4. di avere il seguente codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
5. di essersi laureato/a in: Farmacia CTF in data _____
presso l'Università di _____
6. di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista in data _____
presso l'Università di _____ votazione _____
7. di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei farmacisti di _____
dal _____ al numero _____
8. di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine e all'Ente Nazionale di
Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)
9. di avere il pieno godimento dei diritti civili
10. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che
riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti
amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
11. di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

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

DICHIARA (a)

1. di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei
farmacisti di _____
_____presso _____
2. di avere i seguenti precedenti penali _____

3. 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 nella seguente pubblica amministrazione _____

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

con il 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*".

4. Di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari

E FA DOMANDA

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

[] (e) a tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine.

(luogo e data)

(FIRMA)(f)

-
-
- (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 e la città in cui si è nati.
- (c) Indicare il Comune, CAP, Via alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a.
- (d) Indicare "italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.
- (e) *Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.*
- (f) *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, PER FAX O PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' O DI EQUIPOLLENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (sono equipollenti alla carta di identità: il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento rilasciate da un'amministrazione dello Stato, purchè munite di FOTOGRAFIA E DI TIMBRO O ALTRA SEGNAZIONE EQUIVALENTE).*

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero telefonico di casa _____ fax _____ di cellulare _____ il proprio indirizzo e-mail _____ e PEC _____ . (Legge 28/01/2009 n. 2 art. 16 comma 7)

Informativa

Tali dati verranno acquisiti da questo Ordine e dalla Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (F.O.F.I.) e trattati ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali con le seguenti finalità: per l'invio della newsletter del quotidiano on-line federale, per l'invio delle informazioni relative all'accesso ai siti internet di proprietà dell'Ordine e della F.O.F.I. nonché per comunicazioni istituzionali e professionali della Federazione e degli Ordini. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma il mancato conferimento non consentirà l'accesso ai servizi.

Autorizzo codesto Ordine provinciale e la Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani al trattamento di tali dati personali, che non saranno utilizzati a fini divulgativi, ma esclusivamente per comunicazioni istituzionali e professionali.

(luogo e data)

(firma)

Informativa ex art. 13 DLgs 196/2003

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,
ai sensi dell'articolo 13 del DLgs n. 196/2003, Le forniamo le seguenti informazioni, che La invitiamo a **FIRMARE PER RICEVUTA**.

Il trattamento dei dati personali da Lei forniti:

a) ha le seguenti finalità: tenuta dell'Albo professionale ed esercizio delle altre funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge;

b) sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato;

c) i dati saranno comunicati a pubbliche amministrazioni, autorità ed enti, come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento; inoltre, essendo l'Albo professionale pubblico, i dati in esso contenuti potranno essere diffusi presso chiunque lo richieda e vi abbia interesse.

La informiamo che il conferimento dei dati è obbligatorio, in quanto previsto da norme di legge e di regolamento, e il loro eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità di dare corso alla Sua domanda.

Il titolare del trattamento è questo Ordine dei farmacisti.

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 7 del DLgs n. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo di seguito integralmente.

DLgs n. 196/2003-- Art. 7 -- Diritti dell'interessato

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*

2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*

a) *dell'origine dei dati personali;*

b) *delle finalità e modalità del trattamento;*

c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*

d) *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*

e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*

3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*

a) *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) *l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*

4. *L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*

a) *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*

b) *al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

(luogo e data)

(firma)

PER USO INTERNO
ESENTE DA BOLLO

MODULO PER DOCUMENTAZIONE D'ARCHIVIO
AI FINI DEL RILASCIO DEL TESSERINO
DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

FOTO DI:

COGNOME

E

NOME

NATO/A A: _____ IL _____

ISCRITTO DAL: _____ N. _____

IDENTIFICATO/A CON: CARTA IDENTITÀ N. _____

PATENTE N. _____

DATA _____

FIRMA DELL'INTERESSATO/A

=====

NOTE: TESSERINO N° _____

RILASCIATO IN DATA _____

IL PRESIDENTE
Dott. Luciano Diomedi

RICONSEGNATO IN DATA _____

FIRMA DEL FUNZIONARIO
(adetto al ritiro)

Allegare nr. 2 foto-tessera, fotocopia di un documento di riconoscimento

<p>A cura del partner Aruba PEC</p> <p><i>Compilare in stampatello</i></p> <p>_____</p> <p><i>Ragione Sociale</i></p> <p>_____</p> <p><i>Partita Iva</i></p> <p>_____</p> <p><i>Legale Rappresentate (Nome Cognome)</i></p>	<p><i>Timbro</i></p> <p>_____</p> <p><i>Firma</i></p>
--	--

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il Richiedente, con il presente modulo di adesione compilato e sottoscritto in ogni sua parte, si impegna a concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata) con la società Aruba PEC ed il Partner sopra individuato, ai termini ed alle condizioni indicate nelle **"Condizioni Generali di Contratto"** e nel **"Manuale Operativo"** disponibili alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>. che dichiara espressamente di conoscere ed accettare.

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a Il ____ / ____ / ____

A _____ Pr (_____) Cod.Fisc _____

Residente a _____ Pr _____

In Via/Piazza _____ Nr° _____

Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____

E-Mail _____ @ _____

Documento identità (da allegare alla presente): Carta d'Identità Patente Passaporto

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ In Data ____ / ____ / ____

Li _____ **Data** _____ **Firma** _____

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c. si dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 3. Conclusione del contratto; 4. Requisiti; 6. Livelli di servizio; 8. Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 9. Limitazioni di responsabilità del Gestore; 13. Cambi di proprietà e modifiche ai dati; 14. Clausola risolutiva espressa; 15. Recesso; 16. Accordi particolari fra il Cliente ed il Partner; 17. Rinvio al manuale operativo; 20. Foro competente. _____

Li _____ **Data** _____ **Firma** _____

Manifestazione DI Consenso Al Trattamento Del Dati Personali

Preso atto dell'Informativa art. 13 legge 196/2003 contenuta nelle Condizioni Generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" predo il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Li _____ **Data** _____ **Firma** _____

ALCUNE COSE CHE L'ISCRITTO DEVE SAPERE SUL SISTEMA CONTRIBUTIVO DELL'ENPAF.

- Il contributo previdenziale obbligatorio ridotto, come pure il contributo di solidarietà, non vengono riconosciuti d'ufficio, occorre un'apposita domanda, **se non viene presentata la domanda, la quota contributiva è applicata in misura intera. Inoltre la domanda di riduzione deve essere presentata l'anno precedente per ottenere la riduzione l'anno successivo.**
- La domanda di riduzione deve essere presentata entro il **30 settembre** dell'anno precedente rispetto a quello per il quale si chiede la riduzione, ovvero entro il **31 dicembre**, sempre dell'anno precedente, nel caso in cui l'evento che dà diritto alla riduzione si sia verificato dopo il 30 settembre ed entro il 31 dicembre. Il termine è perentorio ed il suo superamento comporta l'attribuzione della quota intera per l'anno successivo.
- Se il farmacista è iscritto per la prima volta, la domanda deve essere presentata **entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di prima iscrizione**, il termine è perentorio e il suo superamento comporta l'attribuzione della quota intera per almeno un triennio (l'anno di prima iscrizione e i due successivi).
- Il farmacista iscritto per la prima volta riceve i bollettini bancari per la riscossione l'anno successivo a quello della prima iscrizione, quindi la contribuzione di cui viene richiesto il versamento riguarda due anni, l'anno di prima iscrizione e il successivo, **indipendentemente dalla data di prima iscrizione.**
- I bollettini per la riscossione dei contributi vengono recapitati entro il primo trimestre dell'anno, può accadere, quindi, che il farmacista nuovo iscritto non abbia ancora richiesto la riduzione quando riceve i bollettini, perché ha ancora tempo per farlo, in questo caso riceverà i bollettini con **due anni di contribuzione previdenziale a quota intera**, nessuna paura ! Se nel diritto **può ancora chiedere la riduzione** nei termini indicati ed ottenere l'invio di bollettini con gli importi contributivi ridotti, ignorando così i bollettini che ha ricevuto in precedenza.
- Per presentare la domanda di riduzione o di attribuzione del contributo di solidarietà non è sufficiente trovarsi in una delle condizioni previste dal regolamento al momento della domanda, ma **occorre averne il possesso per almeno sei mesi e un giorno nel corso dell'anno o per almeno la metà più uno dei giorni del periodo di prima iscrizione o dell'anno in cui è intervenuta la cancellazione.**
- Molto spesso la riduzione viene concessa in riferimento a contratti di lavoro a tempo determinato con la conseguenza che se al termine del rapporto l'iscritto non ha inviato comunicazioni ulteriori **il rischio è che l'aliquota contributiva venga portata a quota intera**, anche in questo caso, tuttavia, è possibile risolvere il problema producendo documentazione che dimostri la continuità con la precedente posizione lavorativa (ad es. la conversione in contratto di lavoro a tempo indeterminato, una proroga ulteriore a tempo determinato, lo stato di disoccupazione instauratosi con l'iscrizione al centro per l'impiego). Se vi è continuità **non occorre presentare una nuova domanda di riduzione ma è sufficiente produrre gli attestati che dimostrino la propria posizione.**
- Se la condizione che ha consentito di ottenere la riduzione contributiva o il contributo di solidarietà non è cambiata non occorre rinnovare la domanda di riduzione ogni anno.
- Non si ha diritto alla riduzione, tra le altre ipotesi, se l'attività professionale di farmacista viene svolta:
1) in regime di lavoro autonomo, con o senza partita IVA; 2) con contratto a progetto o in collaborazione coordinata e continuativa; 3) con borsa di studio senza copertura previdenziale ulteriore rispetto all'ENPAF; 4) come titolare, socio, associato agli utili di parafarmacia con vendita al pubblico di farmaci; 5) gratuitamente.
- La riduzione contributiva e il contributo di solidarietà attribuiti per lo stato di disoccupazione temporanea e **involontaria non possono essere conservati per più di cinque anni complessivi in tutta la durata del rapporto assicurativo con l'ENPAF.**

(PER SAPERNE DI PIÙ SCARICA LA GUIDA SULLA PRIMA PAGINA DEL SITO WWW.ENPAF.IT)