



- di avere il domicilio a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in via/piazza/altro \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.A. \_\_\_\_\_ (barrare e indicare solo se diverso rispetto alla residenza) (\*)
- di non essere moroso in relazione ai contributi dovuti all'Ente di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)  
 (oppure)  di essere moroso in relazione ai contributi dovuti all'ENPAF (oppure)  di aver avviato la procedura di  
 regolarizzazione dei contributi dovuti all'ENPAF;
- di essere in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Albo sino alla data odierna (oppure)  di  
 non essere in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Albo;
- di aver consegnato il tesserino professionale (oppure)  di non essere in possesso del tesserino professionale;
- di essere consapevole che se la mia casella pec è stata fornita gratuitamente dall'Ordine (con estensione  
 @pec.fofi.it) verrà disdetta immediatamente non appena verrà deliberata la mia cancellazione dall'albo; (\*)
- 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**
- **Autocertificazione sottoscritta di annullamento del pagamento dell'imposta di bollo di 16,00€ per le istanze  
 trasmesse alle PP.AA. ex DPR 642/1972 (solo per marca da bollo virtuale)**
- **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.*