

- 8) 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
- 9) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

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

DICHIARA

di aver ricevuto il Codice deontologico approvato dal Consiglio Nazionale FOFI il 19.06.2007 e di aver proceduto alla sua lettura in conformità a quanto previsto dall'art. 3 del codice medesimo

E FA DOMANDA

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

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

Allega:

- ricevuta del versamento di € 168,00 (*tassa concessioni governative*) sul c/c postale 8003 intestato a: Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative; tipo di versamento: Rilascio (causale: Iscrizione Albo Professionale);
- n. 2 foto formato tessera;
- fotocopia del tesserino del codice fiscale;
- fotocopia di un documento di riconoscimento (in corso di validità);
- € 30 per diritti di segreteria (alla presentazione della domanda);
- €. 245,00 da versare alla consegna del certificato di iscrizione all'Ordine di cui:
 - €. 50,00 Tassa una tantum;
 - €. 195,00 Tassa iscrizione annuale all'Albo di Taranto.

(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 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) 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 O PER FAX, 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, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente).

ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TARANTO
INFORMATIVA ALL'INTERESSATO
(Art. 13 D.LEG.VO 30 giugno 2003 n° 196)

La informiamo, ai sensi dell'articolo 13 D.leg.vo 30 giugno 2003 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni, che i dati e le informazioni che Le sono richiesti sono quelli necessari ai fini della istruzione e della definizione della pratica che La riguarda.

Nel caso in cui Lei ometta di comunicare, in tutto o in parte, i dati che Le sono richiesti ciò potrà interrompere o comunque ritardare l'iter della procedura.

I dati da Lei forniti saranno utilizzati per tutti i trattamenti, anche con sistemi autorizzati, necessari alla definizione della Sua pratica e allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

I dati potranno essere comunicati ad altre Amministrazioni o Enti quando ciò sia previsto da leggi o regolamenti, ovvero sia altrimenti necessario per il perseguimento dei fini istituzionali degli Enti riceventi ovvero dell'Enpaf.

Titolare del trattamento è l'Ordine dei Farmacisti della provincia di Taranto – Corso Umberto I° 147 – 74123 Taranto

Si riporta integralmente il testo dell'articolo 7 D.LEG.VO del 30 giugno 2003 n. 196 relativo ai diritti dell'interessato

Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.

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)

Avvertenze

Si ricorda che ai sensi dell'art. 21 del DLCPS 13.9.1946 n. 233 e dell'art. 3 dello Statuto dell'ENPAF approvato con DPR 6.2.1976 n. 175, tutti gli iscritti all'Albo sono obbligatoriamente iscritti all'Ente di Previdenza dei Farmacisti (ENPAF).

Per l'anno **2012** le quote **ENPAF** sono le seguenti:

Contributo	Previdenza	Assistenza	Maternità	Tot. Euro
Intero	4.195,00	26,00	6,50	4.227,50
Doppio	8.390,00	26,00	6,50	8.422,50
Triplo	12.585,00	26,00	6,50	12.617,50
Rid. del 33,33%	2.797,00	26,00	6,50	2.829,50
Rid. del 50%	2.098,00	26,00	6,50	2.130,50
Rid. del 85%	629,00	26,00	6,50	661,50
Solidar. 3%	126,00	26,00	6,50	158,50

*Contributo associativo una tantum: Euro 52
(non dovuto dai neoiscritti che chiedono di versare il contributo di solidarietà)*

Hanno diritto a richiedere la riduzione della quota contributiva:

- i farmacisti disoccupati;
- coloro che già versano altri contributi previdenziali obbligatori;
- coloro che svolgono altre attività.

La domanda di riduzione della quota contributiva va inoltrata all'ENPAF **entro il 30 settembre di ogni anno.**

N.B. A coloro che richiedano di versare la quota contributiva ridotta, verrà ridotto proporzionalmente l'ammontare dell'assegno pensionistico.

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.
- 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)

L'ISCRIZIONE ALL'ORDINE OBBLIGA L'ISCRITTO:

① **all'aggiornamento professionale**, come previsto dalla normativa sull'ECM e dal Codice Deontologico. Tutte le informazioni relative all'argomento sono reperibili sul sito del Ministro della salute. **Coloro che si iscrivono per la prima volta all'Ordine sono esonerati da questo obbligo per l'anno di iscrizione ed eventuali crediti maturati non possono essere utilizzati per l'anno successivo.**

Escluso, come detto, il primo anno di iscrizione, per i neoiscritti i crediti formativi da maturare l'anno successivo sono 50, con un minimo di 25 e un massimo di 75.

Coloro che si iscrivono, invece, non sono esonerati e dovranno maturare da subito 50 crediti l'anno, sempre con un minimo di 25 e un massimo di 75 per anno.

② **all'iscrizione automatica ed obbligatoria all'ENPAF** (Legge 233/46), con la possibilità di poter maturare una pensione attraverso il pagamento di un contributo annuo.

Indipendentemente dalla data di iscrizione, il contributo è dovuto per l'intero anno solare.

Il contributo pensione base annuo per il 2012 è di € **4.227,50**. Di tale contributo può essere chiesta la riduzione del 33,33% (€ **2.829,50**), del 50% (€ **2.130,50**), dell'85% (€ **661,50**), maturando così una pensione proporzionata all'importo pagato, se si rientra in una delle seguenti categorie:

1. lavoratore dipendente che esercita l'attività professionale (può chiedere la riduzione dell'85% o del 50% o del 33% con scelta assolutamente discrezionale);
2. non esercitante la professione di farmacista (può chiedere la riduzione al massimo del 50%);
3. disoccupato iscritto all'Ufficio di collocamento (può chiedere la riduzione al massimo del 85% per cinque anni);
4. pensionato ENPAF non esercitante la professione di farmacista (può chiedere la riduzione dell'85% o del 50% o del 33%, riduzioni che dipendono da eventuali altri redditi).

Viene richiesta, inoltre, una quota di iscrizione *una tantum* di € 52,00 (non dovuta coloro che scelgono il "Contributo di solidarietà", vedi sotto).

A chi si iscrive per la prima volta, se **lavoratore dipendente che esercita la professione o disoccupato iscritto all'Ufficio di collocamento**, viene data la possibilità, in via alternativa al contributo pensionistico, di versare un "**Contributo di solidarietà**" di € **158,50** all'anno. **Tale contributo è a fondo perduto, non matura pensione e non viene restituito.** Se la richiesta viene presentata in qualità di disoccupato iscritto all'Ufficio di collocamento, l'opzione per il contributo di solidarietà può essere mantenuto solo per cinque anni.

La domanda per ottenere una delle riduzioni previste o per richiedere il Contributo di solidarietà, va redatta su apposito modulo da scaricare sul sito dell'ENPAF (www.enpaf.it) alla sezione "modulistica", e deve essere inviata all'ENPAF (Viale Pasteur, 49 - 00144 Roma) entro il 30 settembre.

Tale termine, **solo per i neoiscritti**, è il **30 settembre dell'anno successivo a quello di iscrizione**. Consigliamo, comunque, di presentarla non appena definita la propria posizione lavorativa, al fine di evitare l'emissione della cartella esattoriale con importo intero.

Sul sito dell'Enpaf è pubblicato il regolamento completo ed è scaricabile un opuscolo esplicativo delle sue attività.

È indispensabile comunicare il proprio indirizzo di posta elettronica in quanto tutte le comunicazioni che l'Ordine invia agli iscritti vengono trasmesse via e-mail, in rispetto dell'art. 27 (il cosiddetto "Taglia carta") del Decreto Legge 112/2008 (convertito nella Legge 133/2008) che sollecita l'impiego dello strumento informatico per le comunicazioni della Pubblica Amministrazione, allo scopo di ridurre l'utilizzo dei supporti cartacei.

Ogni variazione di residenza, indirizzo postale, indirizzo e-mail, recapiti telefonici, posizione professionale deve essere comunicata tempestivamente, per iscritto, all'Ordine allo scopo di tenere correttamente aggiornati i fascicoli personali degli iscritti.

Sul **sito Internet dell'Ordine** (www.ordinefarmacistita.it) sono pubblicate novità e informazioni di interesse per la categoria, l'elenco degli iscritti, il programma formativo dell'anno in corso e tutto quanto può essere utile per lo svolgimento della professione. **È essenziale consultarlo frequentemente.**

A cura del Partner Aruba Pec

Compiare in Stampatello

Ragione Sociale _____

P. Iva _____

Legale Rappresentante (Nome Cognome) _____

Timbro _____

Firma _____

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

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 ____/____/____

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.

Luogo _____ 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.

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma _____

Manifestazione Di Consenso Al Trattamento Dei Dati Personali

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

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma _____