



## Ordine dei Farmacisti della Provincia di Taranto

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA  
PER IL PROTOCOLLO

(Marca da bollo)

€16,00

### Oggetto: Domanda di iscrizione all'Albo professionale.

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

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)\_ \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

3) di essere cittadino/a \_(d)\_ \_\_\_\_\_

4) di avere il seguente codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

5) di essere laureato/a in

Farmacia

C.T.F.

c/o l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_

6) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista:

c/o l'Università di \_\_\_\_\_

nella sessione di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_

7) di avere il pieno godimento dei diritti civili

- 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
- 10) di aver assolto l'obbligo vaccinale per la prevenzione da Sars-Cov-2, secondo quanto previsto dal DL 44 del 1° aprile 2021 e da successiva nota ministeriale del 22/09/2021

**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 dei Farmacisti);
- n. 1 foto formato tessera oppure inviare via mail a [segreteria@ordinefarmacistita.it](mailto:segreteria@ordinefarmacistita.it) una foto in formato jpeg;
- fotocopia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria;
- fotocopia di un documento di riconoscimento (in corso di validità);
- €. 30,00 Diritti di segreteria;
- €. 50,00 Tassa una tantum;
- €. 210,00 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).

# ***Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali***

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati personali (GDPR UE n.679/2016)

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,  
per rispettare la normativa in oggetto, La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e su i Suoi diritti.

## **Titolare dei trattamenti**

Titolare dei trattamenti dei dati personali è l'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TARANTO.

## **Finalità del trattamento e base giuridica del trattamento**

Il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato a:

- 1) tenuta dell'Albo professionale (con raccolta di fotografie e di altre informazioni, raccolte da terzi, indispensabili allo scopo), e gestione delle funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge, comprese le comunicazioni e le informazioni utili alla professione;
- 2) fornire servizi attinenti alla professione (es. consulenze previdenziali); inviare comunicazioni e informazioni periodiche utili alla professione e relative ad iniziative e ad attività dell'Ordine (al fine di inviare/ricevere materiale informativo, partecipare a indagini statistiche, mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili).

## **Modalità di trattamento**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, da parte di dipendenti o collaboratori da noi incaricati, istruiti e controllati, secondo modalità di gestione e misure di sicurezza individuate in base alle previsioni dell'art. 32 del GDPR UE n.679/2016.

## **Obbligo o facoltà di conferire i dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto**

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 iscrizione.

Per quanto riguarda i dati che non siamo obbligati a conoscere, il loro mancato ottenimento potrà determinare difficoltà o impossibilità di svolgere servizi o attività aggiuntive alla mera gestione dell'Albo.

## **Natura dei dati trattati**

Per la gestione dei rapporti con gli iscritti vengono trattati dati anagrafici e fiscali nonché dati necessari alla verifica del corretto versamento della quota d'iscrizione.

In alcuni casi, dalle informazioni da Lei comunicate o provenienti da terze parti (ad esempio: università, magistratura, enti), potrebbero derivare dati giudiziari (casellario giudiziale e/o carichi pendenti) e informazioni "particolari" a Lei riferite, cioè dati che potrebbero rivelare "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose, filosofiche, appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici e dati relativi alla salute o alla vita sessuale"; per questo motivo Le chiediamo nel seguito di esprimere il consenso al trattamento di questi dati.

## **Ambito di comunicazione e diffusione**

I Suoi dati, non saranno da noi diffusi o ceduti a Terzi per finalità diverse da quelle sopra indicate/previste senza una Sua esplicita richiesta o un Suo esplicito consenso, salvo comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Potranno essere comunicati a pubbliche amministrazioni, autorità ed enti, pubblici e privati che ne facciano richiesta, i dati personali contenuti nell'Albo professionale (pubblico), come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento.

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti e le comunicazioni previste per legge.

L'Ordine dà notizia, anche on-line, sull'Albo professionale pubblico, dell'esistenza di provvedimenti che dispongono la sospensione o che incidono sull'esercizio della professione.

Potrà, inoltre, su Sua richiesta, integrare i dati personali con ulteriori dati pertinenti e non eccedenti in relazione all'attività professionale, nonché fornire a terzi notizie o informazioni relative a speciali qualificazioni professionali non menzionate nell'Albo, ovvero alla disponibilità di assumere incarichi o a ricevere materiale informativo a carattere scientifico inerente anche a convegni o seminari.

## **Trasferimento dei dati personali**

I Suoi dati potranno essere trasferiti, solo su Sua richiesta, in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

## **Conservazione e cancellazione dei dati**

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione, ai sensi dell'art. 5 del GDPR UE n.679/2016, tutti i dati a Lei riferiti verranno conservati a tempo indeterminato,

anche dopo la cancellazione dall'Albo, come archiviazione storica, per rispondere alle norme di legge in materia.

### Profilazione e/o processo decisionale automatizzato

La gestione dell'Albo non richiede la profilazione dell'interessato. Vengono eseguiti controlli, anche automatizzati, sulla presenza e conservazione delle caratteristiche e dei requisiti previsti/richiesti agli iscritti all'Albo.

### Diritti dell'interessato

Per chiarimenti e/o per esercitare i Suoi diritti, previsti dagli artt.12-22 del GDPR UE n.679/2016, può inviare una richiesta scritta all'indirizzo postale del Titolare o scrivere in forma elettronica a:

	Punti di contatto	Indirizzo
TITOLARE	E-mail : <a href="mailto:segreteria@ordinefarmacistita.it">segreteria@ordinefarmacistita.it</a> PEC : <a href="mailto:ordinefarmacistita@pec.fofi.it">ordinefarmacistita@pec.fofi.it</a>	<b>Ordine dei farmacisti della provincia di TARANTO</b> Corso Umberto I n.147 – 74123 Taranto
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	dpo@ordinefarmacistita.it	<b>Ordine dei farmacisti della provincia di TARANTO</b> Corso Umberto I n.147 – 74123 Taranto

### Manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali.

ai sensi degli artt. 6,7,8 e 9 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati personali (GDPR UE n. 679/2016)

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_

presa visione dell'informativa sul trattamento che dichiara aver letto e ricevuta in copia, **consente/non consente:**

A. il trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati dalla normativa come dati "particolari" e giudiziari per le finalità indicate nell'informativa

**consente**

**non consente**

B. fornire servizi attinenti alla professione (es. consulenze previdenziali); inviare comunicazioni e informazioni periodiche utili alla professione e relative ad iniziative e ad attività dell'Ordine (al fine di inviare/ricevere materiale informativo, partecipare a indagini statistiche, mediante tutti i mezzi di comunicazione disponibili).

**consente**

**non consente**

Resta inteso che in qualsiasi momento Lei potrà revocare/variare il consenso, inviandone comunicazione scritta al Titolare del trattamento o on-line tramite il sito riservato agli iscritti dell'Ordine.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_



**A cura del Partner di Aruba Pec S.p.A.**  
Compilare in Stampatello

\_\_\_\_\_

Ragione Sociale

\_\_\_\_\_

P. Iva

\_\_\_\_\_

Legale Rappresentate (Nome Cognome)

Timbro

\_\_\_\_\_

Firma

## MODULO D'ORDINE SERVIZI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA - Cliente Partner

Il/La sottoscritto/a, Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_\_)  
Nazionalità \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_\_) Cap. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Indirizzo E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 libero professionista con P.Iva \_\_\_\_\_  
 nella sua qualità di titolare/Legale rappresentante della \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_\_) Cap. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

in ragione del contratto di fornitura dei **Servizi Posta Elettronica Certificata** concluso con il PARTNER di Aruba Pec S.p.A. sopra indicato, con la sottoscrizione del presente atto, nella sua qualità di CLIENTE PARTNER

### CHIEDE

alla società Aruba Pec S.p.A., Gestore iscritto nell'elenco pubblico dei Gestori di Posta Elettronica Certificata predisposto, tenuto ed aggiornato dall'Agenzia per l'Italia Digitale - AgID, e come tale unico responsabile, ai sensi e per gli effetti del DPR 68/2005, nei confronti del titolare di una casella di PEC in ordine alla sicurezza della trasmissione, alla conservazione dei log e ad ogni altro aspetto che attiene all'erogazione del servizio di PEC a norma, l'erogazione del Servizio di **POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA** come previsto dalle "Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata - Cliente Partner" e dal Manuale Operativo. A tal proposito, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000,

### DICHIARA

di possedere il Codice Fiscale sopra indicato, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri, e di accettare integralmente, con la sottoscrizione del presente Modulo, dopo averne presa espressa ed attenta visione, le **Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata - Cliente Partner - versione 3.3**, allegate al presente Modulo, e gli altri documenti ivi richiamati, ivi compreso il Manuale Operativo presente al link <https://www.pec.it/termini-condizioni.aspx>, che formano il "Contratto" che disciplina l'erogazione dei Servizi Posta Elettronica Certificata ai Clienti Partner.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Cliente Partner (Timbro e Firma)

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le seguenti clausole delle **Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata - Cliente Partner - versione 3.3**: 2) Struttura del Contratto e ordine di prevalenza; 4) Perfezionamento del Contratto; 5) Durata del Contratto e cessazione; 6) Attivazione del Servizio, erogazione, durata, rinnovo e cessazione; 8) Requisiti; 9) Caratteristiche del Servizio; 13) Obblighi e limitazioni di responsabilità di Aruba Pec; 14) Obblighi e diritti del Cliente Partner; 15) Sospensione del Servizio; 19) Ultrattività; 21) Clausola risolutiva espressa – risoluzione per inadempimento – condizioni risolutive; 22) Recesso; 24) Modifiche al Contratto e/o alle Policy Aruba Pec; 25) Miscellanea; 26) Legge applicabile e foro competente; 27) Rinvio al Manuale Operativo.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_  
Il Cliente Partner (Timbro e Firma)

Con la sottoscrizione del presente Modulo d'ordine il firmatario dichiara di aver preso visione ed accettare integralmente l'informativa contenuta all'art. 17 delle Condizioni di erogazione Servizi di Posta Elettronica Certificata – Cliente Partner quale sua parte integrante e sostanziale e presta il proprio consenso al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità ivi descritte.

In particolare con riferimento alle attività di invio di materiale pubblicitario, di marketing diretto, di ricerche di mercato e customer satisfaction),

- presto il consenso
- non presto il consenso

con riferimento alle attività di comunicazione alle società del gruppo cui appartiene il Titolare del trattamento, per finalità di marketing proprie delle stesse

- presto il consenso
- non presta il consenso

Il firmatario, in qualità di Titolare dei dati personali trattati mediante il Servizio prescelto, dopo aver preso esatta visione della Nomina a Responsabile del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") contenuta nel documento sopra richiamato,

- dichiara di accettarne integralmente i contenuti, facendoli propri in ogni sua parte, e di nominare Aruba PEC S.p.a. Responsabile del trattamento dei dati personali.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_  
Il Cliente Partner (Timbro e 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 **2021** le quote ENPAF sono le seguenti:

<b>Contributo</b>	<b>Previdenza</b>	<b>Assistenza</b>	<b>Maternità</b>	<b>Totale</b>
Intero	4.541,00	20,00	9,00	4.570,00
Doppio	9.082,00	20,00	9,00	9.111,00
Triplo	13.623,00	20,00	9,00	13.652,00
Rid. del 33,33%	3.027,00	20,00	9,00	3.056,00
Rid. del 50%	2.271,00	20,00	9,00	2.300,00
Rid. del 85%	681,00	20,00	9,00	710,00
Solidarietà 3%	136,00	20,00	9,00	165,00
Solidarietà 1% (disoccupati)	45,00	20,00	9,00	74,00

*quota di iscrizione una tantum: Euro 52  
(non dovuta da coloro 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. La domanda di riduzione deve essere presentata ENTRO IL 30 SETTEMBRE DELL'ANNO IN CUI L'ISCRITTO SI TROVI NELLE CONDIZIONI PER POTER GODERE DELL'ALIQUOTA DI RIDUZIONE OVVERO DEL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA'**

Qualora i 6 mesi ed un giorno necessari per poter usufruire dei benefici in parola si compiano successivamente al 30 settembre è possibile presentare la relativa domanda entro il 31 dicembre, sempre dell'anno in cui si è nelle condizioni di poter usufruire della riduzione ovvero del contributo di solidarietà. La richiesta produce effetto dall'anno in corso alla data della domanda.

- **I nuovi iscritti** possono presentare la relativa domanda entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di iscrizione all'Albo professionale. La stesura precedente stabiliva come termine il 30 settembre dell'anno in cui si richiedeva per la prima volta la contribuzione al nuovo iscritto. Con la dicitura attuale si è inteso rendere più chiaro il termine di decadenza, ancorandolo ad un evento perfettamente conoscibile dall'interessato (l'anno di iscrizione all'Ordine professionale).
- 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 VISITA IL SITO [WWW.ENPAF.IT](http://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 riscrivono, 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 **2021** è di **€ 4.570,00**. Di tale contributo può essere chiesta la riduzione del 33,33% (**€ 3.056,00**), del 50% (**€ 2.300,00**), dell'85% (**€ 710,00**), 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 € **165,00** all'anno come dipendente. **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 ed è di **€ 74,00**.

**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](http://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](http://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.**

