

## DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI  
DELLA PROVINCIA DI NAPOLI

Il/La sottoscritto/a Dr/D.ssa \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni 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**

- 1) Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2) Di essere residente in \_\_\_\_\_ Alla Via/Piazza \_\_\_\_\_
- 3) Di essere cittadino/a \_\_\_\_\_
- 4) Di non avere precedenti penali \_\_\_\_\_
- 5) Di essere laureato/a il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
- 6) Di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista nella sessione: \_\_\_\_\_
- 7) Di avere il seguente codice fiscale : \_\_\_\_\_
- 8) Di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_
- 9) Di avere eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine, alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti Italiani e all'Ente Nazionale di Previdenza a Assistenza Farmacisti

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

- 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 è 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 applicabile, è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale, e che non sussiste nei 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.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Allegati:

- ◆ Autocertificazione Casellario Giudiziale Generale.
- ◆ Foto Tessera \_\_\_\_\_