



presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

(e) presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

8) di essere regolarmente iscritto/a all'Albo professionale dei farmacisti di

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

al n° \_\_\_\_\_

9) di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine e all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)

10) di avere il pieno godimento dei diritti civili

11) di non avere 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 nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

12) 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/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* 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.

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

---

(luogo e data)

---

(firma) (g)

- (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) Indicare luogo e data di conseguimento dell'abilitazione.**
- (f) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'ordine presso il quale richiede di trasferire la propria iscrizione, e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.**
- (g) 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 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 segnatura equivalente).**