



ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI PESARO E URBINO
Galleria Roma, 8 - Scala D - 61121 PESARO
Tel. 0721 34802 - Telefax 0721 378112
sito Internet: www.ordfarmacistips.it
E-mail: info@ordfarmacistips.it

ORDINE DEI FARMACISTI DI PESARO E URBINO

CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

Ai fini della presentazione della domanda di cancellazione per 'rinuncia' si ricorda che:

1. La cancellazione dall'Albo preclude l'esercizio della professione di farmacista in qualsiasi forma;
2. la cancellazione dall'Albo comporta l'automatica cancellazione dall'ENPAF e la disdetta della casella di posta elettronica certificata PEC fornita gratuitamente dall'Ordine (prima della disattivazione si consiglia di provvedere a visionare e salvare la corrispondenza PEC per evitare l'eventuale perdita di dati).
3. dopo la fase di presentazione dell'istanza alla Segreteria, la cancellazione dall'Albo deve essere deliberata dal Consiglio Direttivo dell'Ordine e, pertanto, per evitare di dover pagare i contributi dell'Ordine e dell'Enpaf relativi all'anno successivo, è consigliabile inviare la domanda di cancellazione al massimo entro il 10 dicembre dell'anno in corso;
4. al momento della presentazione della domanda di cancellazione, è facoltà dell'interessato indicare una data di decorrenza della cancellazione (termine ultimo entro cui è possibile svolgere l'attività professionale). Tale data dovrà essere obbligatoriamente compresa tra la data di rinuncia e la data del 31 dicembre dell'anno in corso.

ISTRUZIONI PER LA PRESENTAZIONE ONLINE DELLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Per presentare – in modalità telematica - la domanda di cancellazione dall'Albo professionale dei Farmacisti della Provincia di Pesaro e Urbino è necessario collegarsi al sito <http://www.ordfarmacistips.it/>: nella sezione "[Riservato Iscritti](#)", accedere alla propria SCHEDA PERSONALE, cliccare su "*Inoltra domanda di cancellazione*" e seguire la procedura guidata.

N.B.: IMPOSTA DI BOLLO: È possibile acquistare la MARCA DA BOLLO da € 16,00 (per le istanze trasmesse alle PP.AA. - DPR 642/1972) e, successivamente, procedere con l'annullamento della stessa utilizzando il modulo di [autocertificazione di annullamento della marca da bollo](#) (vedi in calce).

Terminata la procedura di presentazione della domanda, è CONSIGLIATO contattare la Segreteria dell'Ordine per accertarsi della ricezione della documentazione.

COMUNICAZIONE DI AVVENUTA CANCELLAZIONE

Si precisa che la presentazione della suddetta domanda non comporta l'automatica cancellazione dall'Ordine, in quanto la documentazione dovrà essere esaminata dal Consiglio Direttivo, nella prima riunione utile, ai fini della cancellazione dall'Albo Professionale.

L'Ordine comunicherà, tramite e-mail, l'avvenuta cancellazione dalla cui decorrenza non sarà più consentito esercitare la professione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ () il _____, residente a
_____ () in Via _____
n. _____ C.A.P. _____, codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.;

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver assolto al pagamento e all'annullamento della marca da bollo relativa alla domanda di iscrizione/cancellazione all'Albo professionale di farmacista dell'Ordine di _____ presentata il _____.

Si riportano di seguito gli estremi della marca da bollo:

IMPORTO	DATA	IDENTIFICATIVO

**Apporre la marca da bollo
utilizzata**

**(qualora non sia stata già apposta
sulla suddetta domanda di iscrizione)**

Dichiara, inoltre, che la marca da bollo in questione non verrà utilizzata per nessun altro adempimento come disposto dall'art. 3 del D.M. 10/11/2011.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il Dichiarante

Allega copia di un documento di riconoscimento valido (fronte/retro).