Al Presidente dell’Ordine Regionale dei Chimici e dei Fisici della Toscana

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO €16,00

Via Panciatichi 96

50127 - FIRENZE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto/a all’Albo dei Chimici e dei Fisici dell’Ordine Regionale della Toscana per

sezione: 🞏 A 🞏 B

settore: FISICA

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i., e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 d.p.r. 445/2000), sotto la propria responsabilità, il\la sottoscritto\a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA E AUTOCERTIFICA**

* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere cittadino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di avere domicilio professionale in *(comune)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(prov)* \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_ *(indirizzo)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di avere residenza in *(comune)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* *(prov)* \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_ *(indirizzo)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA:**

** presso la residenza  presso la sede dell’attività professionale (domicilio)**

* di avere i seguenti recapiti:

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di avere il seguente codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver conseguito la laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (magistrale o triennale) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Per l’iscrizione in conformità all’art. 6 comma 5 del Decreto Ministero della Salute del 23 marzo 2018:
* di svolgere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attività di professore universitario di ruolo presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di svolgere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attività di aggregato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di svolgere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attività di ricercatore o loro equiparati degli enti di ricerca nazionali (*precisare* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di svolgere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o aver svolto nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:
  + attività di dirigente pubblico presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di Fisico, rientrante nella contrattazione collettiva del comparto sanità;
  + attività di dipendente di enti pubblici presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di Fisico, rientrante nella contrattazione collettiva del comparto sanità;
* di svolgere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:
  + attività di dirigente pubblico o privato presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di Fisico, rientrante nella contrattazione collettiva del comparto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* + attività di dipendente pubblico o privato presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di Fisico, rientrante nella contrattazione collettiva del comparto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver svolto dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_attività di esperto qualificato con relativa iscrizione all’elenco ai sensi del decreto legislativo 17 marzo 1995, n.230.
* di aver conseguito la specializzazione in fisica medica o fisica sanitaria;

**DICHIARA ALTRESI’**

* di possedere i seguenti titoli di specializzazione previsti dalla vigente normativa: indicare titolo, Ente che lo ha rilasciato, luogo e della data del rilascio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di avere pieno godimento dei diritti politici;
* di non aver riportato condanne penali[[1]](#footnote-1) e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
* di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
* di non essere interdetto, inabilitato e/o sottoposto a procedura fallimentare;
* di non essere iscritto ad Ordine dei Chimici e dei Fisici del territorio nazionale;
* di non essere stato cancellato da altro Ordine per morosità o irreperibilità né di essere stato cancellato o sospeso per motivi disciplinari o penali;
* di non trovarsi in una delle condizioni che, ai sensi degli articoli 42 o 43 del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, importino la radiazione dell’Albo o la sospensione dall’esercizio professionale, salvo che sussistano le condizioni previste dall’art. 50 dello stesso decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, ai fini della riammissione nell’Albo;
* di non aver presentato ricorso alla commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all’Albo;
* di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di stati, qualità personali e fatti comunicati con la presente domanda;
* di impegnarsi a rispettare tutte le disposizioni normative di natura legislativa, statutaria, regolamentare e/o di indirizzo che disciplinano la professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ivi incluse quelle che attribuiscono compiti e funzioni all’Ordine territoriale e alla Federazione Nazionale degli Ordini.
* di essere iscritto ad altro Ordine professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicare la professione e l’ordine territoriale);*
* di essere in possesso di partita I.V.A. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fin dall’inizio dell’attività libero professionale o di essere lavoratore autonomo con codice Ateco n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_compatibile alle predette attività del fisico;
* di essere nella seguente posizione professionale:

**** professionista

**** dipendente pubblico

**** dipendente privato

**** pensionato

**** non occupato

**** altro

(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma sottoscrittore** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Con la presentazione della presente domanda, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**È INFORMATO E CONSAPEVOLE CHE**

* i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell’Ordine;
* i dati acquisiti, in conformità e nei limiti previsti dall’art. 3 D.P.R. 221/1950, nonché ai fini di ogni consultazione dell’Albo da parte di terzi, saranno pubblicati sul sito internet dell’Ordine territoriale ed in quello della Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma sottoscrittore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il\la sottoscritto\a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA**

1. fotocopia di un documento di identità valido;
2. fotocopia del codice fiscale;
3. due foto tessere uguali tra di loro;
4. attestazione versamento tassa concessione governativa;
5. attestazione versamento quota di iscrizione Ordine territoriale;
6. attestazione versamento quota di iscrizione Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici;
7. nel caso di rapporti di docenza, ricerca, dipendenza o dirigenza con enti privati, allegare contratto di lavoro, lettera di assunzione o altro documento equivalente contenente l’indicazione del profilo professionale, delle mansioni e della contrattazione collettiva applicata;
8. nel caso di esperto qualificato ai sensi del decreto legislativo 17 marzo 1995, n.230, allegare attestazione di iscrizione nell’elenco
9. nel caso di specializzazione in fisica medica o fisica sanitaria, allegare documentazione inerente specializzazione conseguita
10. ulteriore eventuale documentazione inerente specializzazione conseguita
11. nel caso di libero professionista, allegare idonea documentazione fiscale comprovante lo svolgimento dell’attività professionale a copertura dei cinque anni di riferimento. L’effettivo svolgimento può essere dimostrato attraverso fatture e contratti che indichino le attività riferibili a uno o più mesi, oscurate nei dati sensibili; ed ogni altro eventuale atto utile a dimostrare l’effettivo svolgimento dell’attività professionale dichiarata.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma sottoscrittore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Modalità di pagamento:**  ***Tassa Governativa:***  Euro 168,00 (centosessantotto) da effettuare sul c/c postale n. 8003 Concessioni  Governative Roma – Codice tariffa 8617;  ***Quota iscrizione Ordine territoriale***:  Euro 150.00 (centocinquanta)  Da pagarsi mediante avviso PagoPA da richiedere preventivamente alla segreteria dell’Ordine tramite email all’indirizzo [segreteria@chimicifisicitoscana.it](mailto:segreteria@chimicifisicitoscana.it)  ***Quota iscrizione Federazione Nazionale dei Chimici e dei Fisici***:  Euro 100,00 (cento) da effettuare sul CC Bancario presso la Banca Popolare di Sondrio,  Agenzia 26, via del Tritone, 207 – Roma  IBAN: IT24 H056 9603 2260 0000 3300 X40 – BIC (Swift): POSOIT22  Intestato alla Federazione Nazionale dei Chimici e dei Fisici Piazza San Bernardo, 106 - 00187 Roma.  Devono essere indicati cognome e nome, codice fiscale, anno di riferimento e ordine di appartenenza "Toscana". |

1. (NEL CASO DI CONDANNE PENALI INDICARE LE STESSE E PRODURRE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE IN COPIA CONFORME ANCHE QUALORA SIANO STATI CONCESSI I BENEFICI DELLA SOSPENSIONE CONDIZIONALE DELLA PENA E DELLA NON MENZIONE DELLA CONDANNA NEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE. LA DICHIARAZIONE DEVE INERIRE ANCHE LE SENTENZE DI PATTEGGIAMENTO). [↑](#footnote-ref-1)