

# **REGOLAMENTO FONDO SOLIDARIETA'**

(Approvato dal Consiglio direttivo il 20/07/2010)  
(Ultima revisione Consiglio direttivo del 30/05/2019)

## **Art. 1**

E' costituito per l'anno 2019 presso l'Ordine dei Farmacisti della provincia di Salerno un Fondo di Solidarietà (d'ora in poi denominato semplicemente Fondo) dell'importo pari a quello approvato nel bilancio preventivo per l'anno in corso per far fronte alle difficoltà dei Colleghi Farmacisti iscritti a questo Ordine che non sono in grado di adempiere all'obbligo del pagamento della quota di iscrizione perché in condizioni economiche particolarmente disagiate.

## **Art. 2**

L'accesso al Fondo è consentito unicamente per la finalità di cui all'art. 1, ovvero l'esonero/rimborso della quota di iscrizione all'Ordine. E' escluso qualsiasi altro utilizzo per motivi diversi (es. pagamento corsi ECM, pagamento indennità straordinarie e/o continuative, sussidi ecc.).

## **Art. 3**

L'accesso al Fondo è consentito previa richiesta da inoltrare al Consiglio dell'Ordine, predisposta su apposito modello allegato al presente regolamento e che ne costituisce parte integrante. L'inoltro della richiesta è ammesso esclusivamente in presenza dei requisiti di cui all'art. 4 e non oltre il 30 novembre dell'anno di riferimento.

## **Art. 4**

L'accesso al Fondo è ammesso esclusivamente in presenza dei seguenti requisiti:

- a) Reddito del nucleo familiare inferiore a € 25.000
- b) Essere stati in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine
- c) Non aver mai subito procedimenti disciplinari

## **Art. 5**

La richiesta dovrà essere corredata dai seguenti documenti:

- a) Domanda di accesso al Fondo redatta in carta libera
- b) Autocertificazione dello Stato di Famiglia
- c) Certificazione reddituale di tutti i componenti il nucleo familiare derivante da Certificazione I.S.E.E
- d) Documento di identità valido

L'Ordine si riserva la facoltà di verificare presso gli uffici finanziari competenti la veridicità dei dati dichiarati.

## **Art. 6**

L'erogazione del Fondo avverrà unicamente rispettando l'ordine di arrivo delle richieste e fino al raggiungimento dell'importo massimo previsto dall'art. 1.

Il Consiglio direttivo  
dell'Ordine dei Farmacisti di Salerno

## **DOMANDA DI ACCESSO AL FONDO DI SOLIDARIETA'**

Al Consiglio dell'Ordine dei Farmacisti  
della Provincia di Salerno

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto all'Ordine dei Farmacisti di Salerno al n. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

l'accesso al Fondo di Solidarietà costituito presso codesto Ordine al fine di poter essere esonerato/rimborsato dal/del pagamento della quota di iscrizione relativa all'anno in corso perché in condizioni economiche particolarmente disagiate.

Salerno \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegati:

- a) Autocertificazione Stato di Famiglia
- b) Certificazione ISEE
- c) Documento di identità valido

In caso di rimborso della quota indicare il codice IBAN

IBAN:

\_\_\_\_\_

Istituto Bancario

\_\_\_\_\_