

REGOLAMENTO FONDO SOLIDARIETA'

(Approvato dal Consiglio direttivo il 20/07/2010)
(Ultima revisione Consiglio direttivo del 04/09/2014)

Art. 1

E' costituito per l'anno 2016 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 31 dicembre 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 € 20.000
- 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. o da altro documento fiscale (es: Mod. 730 – Mod. CUD ecc.)
- 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 I.S.E.E. o altro documento fiscale (es: mod. 730 o CUD)
- c) Documento di identità valido

In caso di rimborso della quota indicare il codice IBAN

IBAN: _____