

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

(art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76, D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dati in base al DL.vo 196/2003 art.13.

DICHIARA
di

ESSERE ISCRITTO NELL'ALBO PROFESSIONALE DEI FARMACISTI

della Provincia di

al n. Dal.....

Data di laurea e sede universitaria.....

Data di abilitazione professionale.....

(data)

(firma per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art.41 DPR 445/2000)

La dichiarazione dovrà essere accompagnata da fotocopia, non autentica di un documento d'identità valido del dichiarante, con firma leggibile.