

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46,47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____,

nato/a a _____ il _____,

residente a _____ in via _____, n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici, di cui agli artt. 75 e 76 del succitato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

dal _____ al n. _____ dell'Albo professionale.

Il/La sottoscritto/a è informato/a ed autorizza, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni, al trattamento dei propri dati personali.

_____ il _____

Firma

Allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità