

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La/Il sottoscritta/o _____
(cognome e nome)

nata/o a _____ (luogo) (_____) il _____ (prov.) (data)

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 D.P.R. del 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere iscritta/o all'Ordine dei farmacisti della provincia di Pescara dal ___/___/___ al
n. _____ dell'Albo professionale.

Si allega fotocopia del proprio documento d'identità.

LA/IL DICHIARANTE

(luogo, data)

Esente da imposta di bollo ed esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 37, comma 1 e dell'art.38, comma 3 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.