



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI LUCCA

Viale Marti, 415 - Telefono e Fax 0583398916
- e-Mail : ordinefarmacistilucca@gmail.com
- ordinefarmacistilu@pec.fofi.it

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DI LUCCA

Il/La sottoscritto/a Dr./D.ssa

(nome e cognome)

iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine,
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in
caso di dichiarazione
mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art.26
della legge n.15/1968 per le
ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli
effetti dell'art.4 della legge
n.15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e dell'art. 2
del DPR n.403/1998,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DICHIARA**

Che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive
della cancellazione di cui all'art. 11 del DPR n. 221/1950, e in
particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale
o disciplinare

**E, A TAL FINE CHIEDE DI ESSERE CANCELLATO/A DALL'ALBO PROFESSIONALE
DI QUESTO ORDINE**

(luogo e data)

(Firma)