



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI LUCCA

Viale Marti, 415 - Telefono e Fax 0583/492693

- e-Mail : ordinefarmacistilucca@gmail.com

- ordinefarmacistilu@pec.fofi.it

BOLLO
EURO 16,00

Al Presidente
dell'ordine dei farmacisti
della provincia di Lucca

Il/la sottoscritta Dr/Dr.ssa _____
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 degli artt. 2 e 4 della Legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e degli artt. 1 e 2 del D.P.R. n. 403/1998,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DICHIARA:

1) Di essere nato/a a _____ il _____

2) Di essere residente in Via _____ n° _____

Località _____ Comune _____

Provincia _____ C.A.P. _____ tel. _____

3) Di _____ essere _____ domiciliato/a _____ al _____ seguente
indirizzo _____

e-mail _____

4) Di essere cittadino/a _____

5) Di essersi laureato/a in _____ presso l'Università _____

In data _____

6) Di aver superato l'esame di abilitazione professionale presso l'Università degli Studi
di _____ nell'anno _____

7) Di non aver riportato condanne penali

8) Di avere il seguente codice fiscale _____

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

- 1) Di avere pieno godimento dei diritti civili
- 2) Di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei Farmacisti di _____ presso _____
- 3) Di avere i seguenti procedimenti penali _____
- 4) Di non trovarsi in posizione di incompatibilità con l'iscrizione all'albo

E FA DOMANDA DI ESSERE ISCRITTO/A A CODESTO ALBO PROFESSIONALE

allega alla presente la seguente documentazione:

- 1) Ricevuta attestante il pagamento della tassa di concessione governativa (euro 168,00) da pagare su c/c postale n. 8003 – codice 8617
- 2) Due foto-tessere
- 3) Tassa dell'Ordine da pagare in contanti al momento dell'iscrizione di euro **157,00**

Il sottoscritto dichiara inoltre di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

INFORMATIVA

Tali dati verranno acquisiti d questo Ordine e dalla Federazione degli Ordini dei Farmacisti (F.O.F.I.) e trattati ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali con le seguenti finalità: per l'invio della newsletter del quotidiano on-line federale, per l'invio delle informazioni relative all'accesso ai siti internet di proprietà dell'Ordine e della F.O.F.I. nonché per comunicazioni istituzionali e professionali della Federazione e degli Ordini. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma il mancato conferimento non consentirà l'accesso ai servizi. Autorizzo codesto ordine provinciale e la Federazione al trattamento dei dati personali, che non saranno utilizzati a fini divulgativi, ma esclusivamente per comunicazioni istituzional e professionali.

luogo e data

firma