

BOLLO

ALL' ORDINE DEI FARMACISTI DI

PESCARA

La/il sottoscritta/o dr.ssa/dr.....
nata/o a..... il..... iscritto 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 ed 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 procedimento penale o disciplinare

Al fine di essere cancellato dall'Albo professionale di codesto Ordine,

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

CON DECORRENZA DAL (a).....

Luogo e data

Firma (b)

.....

(a) è in facoltà dell'interessata/o indicare che rinuncia all'iscrizione a decorrere da una determinata data, che dovrà comunque essere successiva all'atto di rinuncia.

(b) il documento deve essere firmato dinanzi al funzionario incaricato oppure spedito per posta allegando fotocopia di un documento di identità valido.