

ALL' ORDINE DEI FARMACISTI DI

PESCARA

La/il sottoscritta/o dr.ssa/dr.....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 ed integrazioni, e degli artt. 1 e 2 del DPR n. 403/1998,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,

DICHIARA:(a)

1) di essere nata/o a (b)..... il .....

2) di essere residente in (c).....

via.....n° .....

luogo e data .....

firma (g).....

(b) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e, tra parentesi, la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo stato estero.

(c) Indicare il Comune alla cui anagrafe si è iscritti, via e n° civico.

(g) LA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL PRESIDENTE O DELLA SEGRETARIA DEL CONSIGLIO, OPPURE, SE INVIATA PER POSTA O PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DALLA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.