

Marca da bollo
€ 16,00

All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano
Via Benedetto Croce, 9 Oristano (OR)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

Il/La Sottoscritto/a _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

DICHIARA A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

- 1) di avere il seguente codice fiscale
- 2) di essere nato a _____ Prov. _____ il _____
- 3) di essere residente a _____ Prov. _____
Via _____ n° _____ C.a.p. _____
- 4) di essere in possesso dei diritti civili;
- 5) Recapito telefonico _____ Cellulare _____
E-Mail _____

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ, (art. 47 D.P. 28 Dicembre 2000, n. 445)

- 1) di non essere a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico
- 2) di essere in regola con i pagamenti dovuti all'Enpaf e all'Ordine
- 3) la non sussistenza di alcuna delle cause preclusive previste per la cancellazione dall'Ordine professionale

E FA DOMANDA

di essere cancellato dall'Albo professionale dell'Ordine dei farmacisti della Provincia di Oristano a far data dalla prima riunione del Consiglio dell'Ordine dei Farmacisti successiva alla data di presentazione della presente domanda con decorrenza dal ___/___/_____.

Oristano, _____

_____ (*)

(firma)

ALLEGATI:

- 1) Fotocopia carta d'identità
- 2) Fotocopia codice fiscale
- 3) Informativa Privacy

(*) Poiché la domanda contiene anche dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, la relativa sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, oppure se inviata per posta o per fax, deve essere accompagnata da fotocopia di un documento di identità o di equipollente documento di riconoscimento.