

FARMACIE – Iscrizione Ordine Professionale Farmacisti
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art 46- 47 DPR 28/12/00 n. 445)

All'Azienda USL Toscana Centro

Ambito territoriale di : Firenze Empoli Pistoia Prato

Barrare la casella relativa all'ambito territoriale in cui ha sede la farmacia e scrivere solo in stampatello

Via PEC: farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it

Scrivere in stampatello

Il/La Sottoscritto/a _____
Codice Fiscale _____ Nato/a a _____
Prov. _____ il ____/____/_____
e residente a _____
Via/P.zza _____ N° _____
Tel/Cell. _____

Ai sensi dell'art 47 DPR 445/00, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art 75 e 76 DPR 445/00.

DICHIARA

- DI **ESSERE** iscritto ad oggi all'ordine dei Farmacisti di _____
al n. di iscrizione _____

Allega copia documento in corso di validità

Il Dichiarante (1)

Li ____/____/_____, Luogo _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, l'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.