

FAC-SIMILE DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE AI FINI DELLA
CANCELLAZIONE

(in bollo)

All'Ordine dei farmacisti di

Il/La sottoscritto/a dr/ssa _____ ,
(nome e cognome)

iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine,
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
DICHIARA

- Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali.

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, DICHIARA

- di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari;
- di essere in regola con i pagamenti dovuti all'Ordine, alla FOFI e all'Enpaf a tutto il _____

E, AL FINE DI ESSERE CANCELLATO DALL'ALBO PROFESSIONALE
DI CODESTO ORDINE,

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

(luogo e data)

(firma)