

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE AI FINI DELLA CANCELLAZIONE

(In bollo € 16,00)

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI
CAGLIARI, CARBONIA-IGLESIAS
E MEDIO CAMPIDANO

Il/La sottoscritto/a Dr / Dr.ssa _____
(nome cognome)
nato/a a _____ il _____ iscritto/a all' Albo professionale di
codesto ordine

CHIEDE

DI ESSERE CANCELLATO/A DALL'ALBO PROFESSIONALE ENTRO L'ANNO IN CORSO

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28/12/2000 n.445),

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,
DICHARA

- 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.
- Di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA',
DICHARA

- Di non essere sottoposto/a a provvedimenti disciplinari

(luogo e data)

(firma) (a)

a) POICHE' L' ATTO DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE CONTIENE UNA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA', LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE SE INVIATO PER POSTA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO.