

marca da
bollo da
€ 16,00

All'Ordine dei Farmacisti
Via della Chimica, 61
85100 POTENZA

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
(nome e cognome)

residente a _____ cap _____ in via _____

iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine,

consapevole delle responsabilità 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,
DICHARA

1. di essere in regola con il pagamento di tutte le quote annali di iscrizione all'Albo e all'ENPAF;
2. di aver cessato l'esercizio della professione di Farmacista o *(in alternativa)* di cessare l'esercizio della professione di Farmacista alla data di cancellazione dall'Albo; *(cancellare la voce che non interessa)*
3. 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
4. di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a condanne penali.

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

di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari

E, AL FINE DI ESSERE CANCELLATO/A
DALL'ALBO PROFESSIONALE DI CODESTO ORDINE,
RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

CON DECORRENZA DAL (a) _____

Allega infine i seguenti documenti:

- 1) Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità ;
- 2) Tesserino plastificato di iscrizione all'Albo (laddove ritirato) ;

(luogo e data)

(firma) (b)

- è in facoltà dell'interessato/a indicare che rinuncia all'iscrizione a decorrere da una determinata data, che dovrà comunque essere successiva all'atto di rinuncia.
- 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 D'IDENTITA' O EQUIPOLLENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.**