

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Spettabile Ordine dei Farmacisti della provincia di Livorno,

La/il sottoscritta/o _____

Nato a _____ il _____

Residente in Via _____ CAP _____

Comune _____ Provincia _____

Numero cellulare _____

Mail personale _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA

Di essere occupato/a presso _____

• Con contratto a tempo DETERMINATO dal ____/____/____ al ____/____/____

INDETERMINATO

TITOLARE dal ____/____/____

Di essere disoccupato dal ____/____/____

Di essere pensionato/a dal ____/____/____

_____, ____/____/____

Firma