

Bollo € 16,00

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DI LIVORNO

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

iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine al Numero _____ ,

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art.26 della legge n.15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti dell'art.4 della legge n.15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e dell'art. 2 del DPR n.403/1998,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

DICHIARA

Che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive della cancellazione di cui all'art. 11 del DPR n. 221/1950, e in particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale o disciplinare

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

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE CON DECORRENZA DAL (a) _____

(luogo e data)

(Firma)

(a) 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.

(b) 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 O PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.