ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI LIVORNO
Via Rossini,4 – 57123 Livorno C.F./P.IVA : 80002120493 TEL.0586/899063
E-mail: ordinefarmacistilivorno@gmail.com - PEC: ordinefarmacistiLI@pec.fofi.it
Sito web: http://www.ordinedeifarmacistilivorno.com/default.asp

All'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

Il/La sottoscritto/a ……nato/a a……..
il....., Codice Fiscale ……

iscritto/a all'Albo deI Farmacisti di…….. al n. ……

indirizzo e-mail (scrivere in stampatello leggibile) ……

ai sensi e per gli effetti della Legge Regione Toscana n. 9 del 19/02/2007, dell'Accordo Stato-Regioni n. 54/CSR del 07/02/2013, e del Protocollo d'Intesa fra Regione Toscana e FTOM del 16/03/2015,

C H I E D E

di essere iscritto/a nell'elenco tenuto dall'Ordine relativo alla disciplina:

□ OMEOPATIA □ FITOTERAPIA □ FITOTERAPIA DELLA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Sottoelenco:
- □ *Omeopatia*
- □ *Omotossicologia*
- □ *Antroposofia*

essendo in possesso dei requisiti di cui all'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato e dell'art. 3 del Protocollo d'Intesa sopra citato (corsi di almeno 100 ore e durata di almeno 1 anno), come da documentazione allegata:

- ☐ attestato rilasciato dagli Istituti pubblici e privati di formazione inseriti nell'elenco di cui all'art. 6 della citata L.R. 9/07
- ☐ aver seguito il percorso formativo in Istituti pubblici e privati di formazione diversi da quelli di cui all'art. 6, e che presentino attestato che dimostri la sussistenza dei requisiti di cui all'art. 3 comma 3 lettera a) della legge regionale suddetta

data …….. Firma……

Per la validità della presente domanda è necessario allegare:

- **autocertificazione pagamento marca da bollo da 16,00€ (modello in allegato)**
- **copia di attestati in formato .pdf che indichino anche il numero di ore e la durata del corso**
- **copia di documento di identità in corso di validità**

Compilazione a cura della Segreteria
Presentazione personale della domanda: Documento di riconoscimento ……
n. …… rilasciato da …… il …… scadenza.....
e visto firmare.

Il funzionario addetto

……

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DI IMPOSTA DI BOLLO

il/la sottoscritta:

Nome: _____ Cognome: _____

Nato/a a: _____ Il: _____

Residente a: _____ Via-piazza: _____

Preventivamente informato/a e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo ai sensi dell'art. 3 del DM 10 novembre 2011 (ex DPR 642/1972) sono stati assolti e che la presente marca da bollo (indicare di seguito il numero identificativo e la data):

1)

Valore marca da bollo _____

Numero identificativo _____

Data _____

Spazio per marca da bollo

2)

Valore marca da bollo _____

Numero identificativo _____

Data _____

Spazio per marca da bollo

viene utilizzata esclusivamente per la presente istanza amministrativa (specificare istanza):

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo e di impegnarsi a conservarne l'originale contestualmente alla predetta istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione;
- di essere consapevole che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente l'obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi dati identificativi della marca da bollo per istanze diverse.

Il dichiarante

_____

Si allega scansione del documento di riconoscimento nel caso la dichiarazione sia sottoscritta in maniera non digitale.