

AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO TITOLI PER ESERCIZIO PROFESSIONE FARMACISTA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 T.U. – D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa.....nato/a
..... il residente in
.....(.....), Via n°,
Tel.....

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del T.U. – D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di essere laureato/a in presso il;
- di essere abilitato/a presso il;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di dal al numero

..... li

Il Farmacista

N.B. ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE (trattasi di autocertificazione)