

AUTOCERTIFICAZIONE PER EREDI FARMACIA

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.

DICHIARA

 che il/la Dr./Dr.ssa _____ è deceduto/a in data _____ di essere erede del/della Dr./Dr.ssa _____

(grado di parentela: _____).

Luogo, data _____ Firma _____

Allegare fotocopia documento d'identità in corso di validità