

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE TITOLI STUDIO E SERVIZIO FARMACISTI

(DPR n° 445/2000, art. 46)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.^{ssa} _____

C.F. _____ nata/o a _____ (____)

il _____ e residente a _____ (____)

in via _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana e del godimento dei diritti politici
2. di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____
3. di aver sostenuto con esito positivo l'esame di stato per l'abilitazione alla professione di farmacista presso l'Università di _____
anno _____ sessione _____
4. di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____
al n. _____ dal _____
5. di essere di non essere in possesso dell'idoneità di cui all'art. 12, Legge n° 475 dello 02.04.1968 e successive modifiche, conseguita per svolgimento della pratica professionale per almeno due anni presso:

Farmacia _____	dal _____	al _____	
Farmacia _____	dal _____	al _____	
Farmacia _____	dal _____	al _____	
Farmacia _____	dal _____	al _____	

Luogo, data _____

Firma del dichiarante¹

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 s'informa che i dati e le informazioni raccolti nella presente dichiarazione verranno utilizzati unicamente per le finalità per le quali sono state acquisiti.

NOTE

¹ La dichiarazione può essere inviata già sottoscritta unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità o di riconoscimento del sottoscrittore.