

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE AI FINI DELLA CANCELLAZIONE

(IN BOLLO)

All'Ordine dei farmacisti di

---

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine,  
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 NOTORIETÀ,  
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) (b)

- 
- (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.