

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

CODICE FISCALE _____,

residente a _____ in via _____,

a conoscenza delle sanzioni previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di essere iscritto/a all'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI MATERA dal

_____ al numero _____.

Luogo e data

_____, ____/____/____

Firma _____

* Si allega fotocopia di documento di riconoscimento (Carta di identità o Patente)