

FARMACIA _____

Via _____

_____ - _____ (MT)

Al Servizio Farmaceutico
ASM - Matera
Via Montescaglioso, s.n.
75100 - MATERA

p.c. Ordine dei farmacisti
della Provincia di Matera
Via Olivetti, 151/1
75100 - MATERA

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____, titolare della
farmacia _____ con sede in _____ (MT),
comunica che a seguito dell'iscrizione del/della dr./dr.ssa _____
all'Ordine dei farmacisti della Provincia di Matera in data ___/___/___ con numero di iscrizione
_____, lo/la stesso/a presta servizio nella farmacia in qualità di Collaboratore di farmacia in regime
di impresa familiare ex art. 230-*bis* del Codice Civile dal ___/___/___.

Luogo e data _____

In fede

(timbro farmacia e firma del titolare)

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 _____,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

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

_____ al numero _____.

Luogo e data

Firma del dichiarante

_____, ___/___/____

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

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996:

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.