

FARMACIA _____

VIA _____

_____ - _____ (MT)

AL SERVIZIO FARMACEUTICO
A.S.M. - MATERA
VIA MONTECAGLIOSO, S.N.
75100 – MATERA

p.c. ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
VIA A. OLIVETTI, 151
75100 - MATERA

Si comunica che il/la dr./dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____ e regolarmente iscritto/a all'Albo
dei farmacisti della Provincia di Matera dal _____ al n. _____, presterà attività
professionale di farmacista collaboratore presso questa farmacia dal _____ al _____.

Tanto si comunica per gli atti di Vostra competenza.

Distinti saluti

Luogo e data

In fede (titolare/direttore farmacia)

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.