

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

nata/o a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (data)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

### DICHIARA

di essere iscritta/o all'Ordine dei farmacisti della Provincia di Oristano.

*Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.*

LA/IL DICHIARANTE \*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(luogo, data)

\* La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma.