

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/La sottoscritto _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) in via _____ n. _____

codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 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. 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. 445/2000,

DICHIARA

di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti della Provincia di RIMINI, dal _____, al n. _____;

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

_____, li _____

Il Dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autentica 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.