

All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Palermo

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale _____

Iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Palermo dal _____

al numero _____ ,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI, DICHIARA

1. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano la applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
2. di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
3. di non avere subito sanzioni disciplinari da parte di alcun Ordine dei Farmacisti.

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', DICHIARA

1. di esercitare o di avere esercitato la professione di farmacista per almeno 15 anni;
2. di non avere parenti sino al quarto grado quali candidati agli Esami di abilitazione alla professione di Farmacista presso la Sede di Palermo

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a nell' elenco di Farmacisti disponibili ad assumere l'incarico di componenti della Commissione per le due sessioni annuali degli Esami di Stato per l'abilitazione alla professione di Farmacista.

(luogo e data)

(firma)

Si allegano:

- Fotocopia del documento d'identità
- Curriculum vitae datato e firmato.