

**1.2b**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dott.ssa

nato/a a  il

residente a  prov.

cod. fisc.

Farmacista, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000,

DICHIARA:

di essere nato/a a  il

di essere residente in  prov.

di essere in possesso della Laurea in Farmacia conseguita presso l'Università di   
nell'anno ;

di essere in possesso dell'Abilitazione Professionale di Farmacia conseguita presso l'Università di   
nell'anno ;

di essere iscritta all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di   
al n.  dal ;

di avere conseguito l'idoneità alla titolarità, prestando la propria attività professionale presso la/e Farmacia/e (indicare i dati delle Farmacie: denominazione e indirizzo, e i periodi di lavoro)

ovvero tramite idoneità in pubblico concorso a sedi farmaceutiche della Provincia di

conseguito in data

- di godere dei diritti civili;
- di essere incensurato;
- di non avere procedimenti penali pendenti;
- che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione ai sensi art. 67 D.Lvo 159/2011 s.m.i. (antimafia);

In fede

Data

Firma

allegare copia di documento di identità valido