DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto _____

nato a _____ il_____

residente a _____Via_____

_____ codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.;

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver assolto al pagamento e all'annullamento della marca da bollo relativa alla richiesta di cancellazione all'Albo professionale di farmacista dell'Ordine di_____ presentata il _____.

Si riportano di seguito gli estremi della marca da bollo:

IMPORTO	DATA	IDENTIFICATIVO

Apporre la marca da bollo

utilizzata

Dichiara, inoltre, che la marca da bollo in questione non verrà utilizzata per nessun altro adempimento come disposto dall'art. 3 del D.M. 10/11/2011. Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il Dichiarante _____

Allega copia di un documento di riconoscimento valido (fronte/retro).