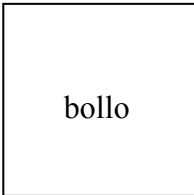


Modulo domanda di cancellazione

**ALL' ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI
GROSSETO**



Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____
(cognome e nome)

iscritto/a all'albo professionale di codesto Ordine

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI, DICHIARA (a)

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

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

Di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari

**e, al fine di essere cancellato/a dall'albo
professionale di codesto ordine,**

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

con decorrenza dal (a) _____

luogo e data _____

firma (b)

- a) E' in facoltà dell'interessato /a indicare che rinuncia all'iscrizione a decorrere da una determinata data, che dovrà comunque essere successiva all'atto di rinuncia
- b) Poiché l'atto di rinuncia all'iscrizione contiene una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, la relativa sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione oppure –se inviata per posta o per fax – deve essere accompagnata da fotocopia di un documento di identità o di equipollente documento di riconoscimento – (sono equipollenti alla carta di identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento rilasciate da un'amministrazione dello Stato purchè munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente)