

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. N.445 / 2000)

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

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000, della decadenza dei benefici sulla base delle dichiarazioni non veritiere di cui all'art.75 del D.P.R. n.445/2000, nonché di quanto previsto dall'art.71 del D.P.R. n.445/2000 sul consenso del dichiarante, reso con la presente, al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato al vero,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della Provincia di Sassari dal _____ al n. _____.

Data

.....
firma