

Bollo € 16,00

**ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DI
LIVORNO**

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

iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine,

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art.26 della legge n.15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti dell'art.4 della legge n.15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e dell'art. 2 del DPR n.403/1998,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DICHARA**

Che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive della cancellazione di cui all'art. 11 del DPR n. 221/1950, e in particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale o disciplinare

**E, AL FINE DI ESSERE CANCELLATO/A DALL'ALBO PROFESSIONALE DI
CODESTO ORDINE,**

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

CON DECORRENZA DAL (a) _____

(luogo e data)

(Firma)

-
- (a) è 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) POICHE' L'ATTO DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE CONTIENE UNA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSRE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE, SE INVIATO PER POSTA O PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.