

**All'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Crotone**

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

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 dicembre 2000,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,
DICHIARA**

- **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 NOTORIETÀ, DICHIARA

- **di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari**
- **di essere in regola con la quota contributiva annuale dell'Ordine**

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

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

CON DECORRENZA DAL _____

(luogo e data)

(firma) (b)