

DICHIARAZIONE SMARRIMENTO TESSERINO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
prov. _____ il _____ residente a _____ prov. _____ via
_____, n. _____, iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Bologna al n. _____

a conoscenza delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

di non essere in possesso del proprio tesserino di iscrizione all'Ordine per:

- smarrimento
- mancato ritiro

Bologna, _____

Firma del dichiarante
