

**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

\_\_\_\_\_