BOLLO
16.00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE PER RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI

Il/La sottoscritto/a Dr./D.ssa _____ nato/a _____ il_____,iscritto/a all'Albo Professionale di codesto Ordine, consapevole delle responsabilit¨ penali cui pu¸ andare incontro in caso di dichiarazioni mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall' art. 26 della legge n.1571968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti dell' art. 4 della legge n.1571968 e successive modificazioni e integrazioni, e dell' art. 2 del DPR n. 403/1998,

A TITOLO DI DICHIARAZIONIE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA',

DICHIARA

Che non sussiste nei confronti alcuna preclusive della cancellazione di cui all' art. 11 del DPR n.221/1950, e in particolare che non ¯ 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 _____

_____
(luogo e data)

_____
(FIRMA)

Allegare:

- Fotocopia dei versamenti dei tributi 542 (iscrizione Ordine Farmacisti) e 545 (ENPAF) degli ultimi tre anni;
- Autocertificazione Casellario Giudiziale Generale.
- Restituzione tesserino di iscrizione.