**AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO TITOLI PER FARMACISTA RESPONSABILE**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa ………………………………… nato/a a ………………………………. il ………………………….… residente in ……………………………………………………… via ………………………………………………………………………………..

Codice Fiscale ………………………………………………………… sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

* Laurea in …………………………………….…………., conseguita in data ………………………., presso l’Università degli Studi di …………………………………………;
* Abilitazione all’esercizio professionale di farmacista, conseguita presso l’Università degli Studi di ……………………………….. in data ……………………….;
* Iscrizione all’Ordine dei Farmacisti della provincia di ………………………….. al n. …………. dal ………………..;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE

………………………………………………………………….

La presente dichiarazione deve essere corredata da copia di un valido documento di riconoscimento.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

………………………………………………………………….