



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI PISA

56121 – Pisa - Via U. Aldrovandi, 3 tel. 050/9657355

e-mail info@ordinefarmacisti.pisa.it

Pec : ordinefarmacistipi@pec.fofi.it

Codice Fiscale 80007550504

(riservato all'ufficio)

Dimissionario n° iscrizione _____

Cancellato con delibera Consiliare
del _____

marca da bollo da

€. 16,00

All'Ordine dei Farmacisti
Via U.Aldrovandi,3
Ospedaletto
56121 Pisa

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

(nome e cognome)

residente a _____ cap _____ in Via _____

indirizzo e-mail _____

cell. _____ iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine,

consapevole delle responsabilità 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 condanne penali.

**INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA',
DICHIARA**

di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari

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

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

CON DECORRENZA DAL (a) _____

(luogo e data)

(firma) (b)

P.S.: per poter ottenere la cancellazione è necessario allegare la fotocopia del bollettino relativo all'effettuato pagamento della quota d'iscrizione all'Ordine per l'anno in corso e la tessera di riconoscimento.

La cancellazione dall'Albo comporta automaticamente la disdetta della casella pec fornita gratuitamente dall'Ordine

Importante: La comunicazione della e-mail è obbligatoria. In mancanza della stessa non si assicura l'invio della lettera di avvenuta cancellazione, che potrà comunque essere ritirata, su richiesta, presso gli Uffici.

a) è in facoltà dell'interessato/a indicare che rinuncia all'iscrizione a decorrere da una determinata data, che dovrà comunque essere successiva all'atto di rinuncia.

b) POICHE' L'ATTO DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE CONTIENE UNA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE, SE INVIATO PER POSTA O PER FAX, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' O EQUIPOLLENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (sono equipollenti alla carta d'identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento rilasciate da un'amministrazione dello Stato, purchè munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente)

Modulo aggiornato settembre 2020