

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.;

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

di aver assolto al pagamento e all'annullamento della marca da bollo relativa alla domanda di \_\_\_\_\_ (ad. es. iscrizione/trasferimento/cancellazione) all'Albo professionale di farmacista dell'Ordine di \_\_\_\_\_ presentata il \_\_\_\_\_.

Si riportano di seguito gli estremi della marca da bollo:

<b>IMPORTO</b>	<b>DATA</b>	<b>N. IDENTIFICATIVO</b>

~~**Apporre la marca da bollo**~~  
~~*(qualora non sia stata già apposta sulla suddetta domanda di iscrizione)*~~

Dichiara, inoltre, che la marca da bollo in questione non verrà utilizzata per nessun altro adempimento come disposto dall'art. 3 del D.M. 10/11/2011.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

Allega copia di un documento di riconoscimento valido (*fronte/retro*).