

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

La/Il sottoscritta/o _____
(cognome e nome)

nata/o a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.) (data)

codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essere iscritta/o all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Pordenone
dal _____ alla posizione n. _____.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 REGOLAMENTO UE 2016/679.

Dichiara di essere a conoscenza delle modalità e finalità del trattamento dei dati acquisiti con la presente dichiarazione; delle conseguenze di un eventuale rifiuto a presentarli; che i dati sopra riportati sono richiesti in base alle disposizioni vigenti ai fini del procedimento in corso; dei soggetti o delle categorie dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati; dei diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679; del nome, della denominazione o ragione sociale e del domicilio, residenza o sede del titolare e, se designato, del responsabile.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

LA/IL DICHIARANTE *

(luogo, data)

* La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma.