



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a ..... codice fiscale .....

Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... Via/ n. civico .....

Recapito / domicilio presso ..... Via/ n. civico .....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

**D I C H I A R A**

Di essere in possesso del/i seguente/i titoli di studio:

Laurea in .....

Conseguita presso .....

Il .....

Di essere:

abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista avendo superato l'esame di stato presso l'Università degli Studi di ..... nell'anno .....

e regolarmente iscritto/a all' Albo Professionale dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di .....

al n. .... dal .....

Di avere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata PEC.....

..... lì, .....

Il Dichiarante .....

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n.196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.