

**ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI ROMA
00161 - ROMA - Via Alessandro Torlonia, 15**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in
particolare delle sanzioni penali previste dal DPR n. 445/2000,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI,

DICHIARA

di essere a tutt'oggi **titolare** della Sede Farmaceutica n. _____ denominata _____
sita in _____

Roma, _____

FIRMATO _____

Spazio riservato agli uffici

_____ Identificato con documento _____ n.

_____ rilasciato da _____ il

Domanda ricevuta dall'impiegato: _____