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:

IMPORTO	***DATA***	***N. IDENTIFICATIVO***

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.

_____, lì _____

Il Dichiarante

_____

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