

**AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO TITOLI PER ESERCIZIO PROFESSIONE
FARMACISTA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 T.U. – D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(per confermare barrare il simbolo)

- che il proprio codice fiscale è:
- di essere nato/a Prov. (.....) il
- di essere residente in Prov. (.....) Via/Fraz. n.

Tel.;

- di essere laureato/a in
presso il
- di essere abilitato/a presso il
- di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di
dal al numero
- di essere Cittadino italiano (oppure)
- di godere dei diritti politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti pendenti a carico.

_____ lì _____
(Luogo) (Data)

IL/LA FARMACISTA DICHIARANTE

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Si precisa che l'Informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito www.ausl.vda.it, nella sezione Privacy.