

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 della Legge 4/1/1968 n° 15 e successive modificazioni ed integrazioni)

Il /La sottoscritt _____

DICHIARA

- di essere nat a _____ il _____

- di essere residente in via _____ n° _____

CAP _____ località _____ (prov.) _____

- di essere

-celibe/nubile

-coniugato/a

-vedovo/a

-divorziato/a

-separato/a

- che la famiglia convivente si compone di:

Grado di
parentela

Cognome e nome

Data/luogo
di nascita

Codice fiscale

Grado di parentela	Cognome e nome	Data/luogo di nascita	Codice fiscale
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- che il proprio codice fiscale è _____

- di: - essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della prov. di _____
dal _____

- di: - essere stato iscritto all'Ordine dei Farmacisti della prov. di _____
dal _____ al _____

Data _____

Firma (*) _____

(*) Firma non soggetta ad autenticazione.