

## **Autocertificazione di iscrizione all'Albo dei Farmacisti**

Le amministrazioni e i gestori di pubblici servizi non possono più accettare né richiedere certificati. La richiesta e l'accettazione di certificati o di atti di notorietà costituiscono violazione dei doveri d'ufficio.

Nei rapporti con la Pubblica Amministrazione e con i gestori di pubblici servizi i certificati sono sempre sostituiti da **autocertificazioni**.

L'Ordine può rilasciare solo certificati da produrre a soggetti privati. Si rammenta che i certificati redatti e sottoscritti da un pubblico ufficiale sono assoggettati all'imposta di bollo (art. 1 allegato A DPR 642/72) salvo i casi di esenzioni contemplati dall'Allegato B DPR 642/72 (es. nel caso venga richiesto per fini previdenziali, nell'interesse di persone non abbienti, ecc). Inoltre, i certificati devono riportare, a pena di nullità, la dicitura: "il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi". Il rilascio di certificati privi di questa frase costituisce violazione dei doveri d'ufficio.

All. modello di autocertificazione

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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 di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

1. di avere conseguito il diploma di laurea in \_\_\_\_\_,

presso Università di \_\_\_\_\_,

in data \_\_\_\_\_;

2. di avere conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista

presso Università di \_\_\_\_\_,

nella sessione \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_;

3. di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_,

alla posizione n. \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e può essere inviata anche con le modalità indicate nell'art.38 del D.P.R. 445/2000.