



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 2
E 4 DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N° 15, DELLA LEGGE 15 MAGGIO 1997
N° 127 COME MODIFICATA DALLA LEGGE 16 GIUGNO 1998 N° 191 E DAGLI
ARTT. 1 E 2 DEL D.P.R. 20 OTTOBRE 1998 N° 403**

Il/la sottoscritto/a (a) _____
(cognome) (nome)

consapevole che ai sensi dell'articolo 26 della legge 4 gennaio 1968 n°15, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti falsi, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e consapevole che, ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici,

DICHIARA

di essere nato/a a _____ Prov. ____ il _____

di essere residente a _____

CAP _____ in via/piazza _____

di essere laureato/a in _____ con voto _____

presso la facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di _____

in data _____;

di essere abilitato/a all'esercizio della Professione presso la Facoltà di Farmacia

dell'Università degli Studi di _____

nella 1° - 2° sessione dell'anno _____

di aver preso visione dell' informativa per il trattamento dei dati personali, parte integrante di questo modulo, da parte dell' Ordine dei Farmacisti della Provincia di Caserta e di autorizzarne il trattamento nei limiti delle finalità indicate nella informativa ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo n° 679/2016 "GDPR" e del D. Lgs n° 101/2018.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento del primo accesso presso la struttura dell' Ordine dei Farmacisti della Provincia di Caserta e verrà ritenuto valido per tutti gli accessi successivi.

Data

Il/La dichiarante
