

**CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE  
A SEGUITO DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE**

Prot. n.  
(a cura dell'ufficio)

MARCA  
DA  
BOLLO  
Euro 16,00



**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DEI FARMACISTI  
DELLA PROVINCIA DI CREMONA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A  
DR./DR.SSA

nato/a:

Prov.

il:

codice fiscale

residente in:

Cap

Via/piazza:

Telefono:

e-mail

Iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine,

Dal

al n.

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della Legge n. 15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 della Legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e dell'art. 2 del DPR n. 403/1998,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA',  
DICHIARA**

Che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive della cancellazione di cui all'art. 11 del D.P.R. n. 221/1950, e in particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale o disciplinare

**E, AL FINE DI ESSERE CANCELLATO/A DALL'ALBO PROFESSIONALE  
DI CODESTO ORDINE RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE**

**CON DECORRENZA DAL**

Data

Firma