

di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei farmacisti di

7) di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al suddetto Ordine e all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)

8) di avere il pieno godimento dei diritti civili

9) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

**INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, DICHIARA (a)**

1) di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei farmacisti di: _____

presso: _____

2) di avere i seguenti precedenti penali:

3) di non trovarsi in posizione di incompatibilità con l'iscrizione all'Albo per la sussistenza di un rapporto di pubblico impiego, in quanto:

non é impiegato/a nella pubblica amministrazione

OPPURE

è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:
