

Bari,

Al
Presidente dell'Ordine
Interprovinciale dei Farmacisti di Bari
e Barletta Andria-Trani
Via G. Devitofrancesco, 4/C
70124 B A R I

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____
residente a _____ in Via _____
Tel. _____

chiede

di poter fruire, per l'anno 2015, del sussidio di € 150,00 fissato dal Consiglio dell'Ordine per favorire la partecipazione agli eventi formativi ECM.

A tal fine,

dichiara

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del DPR 28.12.2000 n.445.

- che il proprio nucleo familiare è composto da

(cognome - nome) (reddito imponibile percepito nell'anno 2014)

(cognome - nome) (reddito imponibile percepito nell'anno 2014)

(cognome - nome) (reddito imponibile percepito nell'anno 2014)

(cognome - nome) (reddito imponibile percepito nell'anno 2014)

- che il reddito imponibile complessivo del nucleo familiare percepito nell'anno 2014 è stato di € _____
- che nell'anno 2015 ha sostenuto la spesa complessiva di € _____ per la partecipazione agli eventi formativi, come da allegata documentazione.

Resta in attesa di riscontro

Cordiali saluti.