

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

|                          |                                                                                                                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | di essere socio della società ..... titolare della farmacia denominata..... con sede .....(cancellare se non interessa);                        |
| <input type="checkbox"/> | di essere direttore responsabile della farmacia denominata..... con sede .....appartenente alla suddetta società (cancellare se non interessa); |
| <input type="checkbox"/> | di non essere titolare né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;                     |
| <input type="checkbox"/> | di non esplicitare attività nel settore della produzione, intermediazione ed informazione scientifica del farmaco;                              |
| <input type="checkbox"/> | di non essere in rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati;                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | di essere titolare della farmacia ..... del Comune di ..... e di aver trasferito la titolarità in data ..... (cancellare se non interessa);     |
| <input type="checkbox"/> | di avere rassegnato le proprie dimissioni da collaboratore di farmacia presso la Farmacia ..... in data..... (cancellare se non interessa);     |
| <input type="checkbox"/> | di avere risolto ogni tipo di incompatibilità prevista dalle normative vigenti all'atto di apertura della farmacia.                             |

Il dichiarante è a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti e inerenti alla presente procedura verranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**La presente dichiarazione è inviata insieme a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità valido.**

Data.....

Firma

\_\_\_\_\_