DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’

(ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

II/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. o stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art.75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall’art.76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

* di non essere titolare né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
* di non esplicare attività nel settore della produzione, intermediazione ed informazione scientifica del farmaco;
* di non aver nessun rapporto di lavoro pubblico e privato.;
* di non avere trasferito la titolarità della farmacia nei 10 anni precedenti alla data di assegnazione della farmacia

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

* i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
* il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
* il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
* titolare del trattamento è ………………………………………………………………....
* responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
* in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_