FAC SIMILE (USARE CARTA INTESTATA DELLA FARMACIA)

|  |
| --- |
| **RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLA SOSTITUZIONE DELLA DIREZIONE TECNICA DELLA FARMACIA** |

MARCA

DA BOLLO

(SECONDO TARIFFA VIGENTE)

Al Direttore

U.O.C. Farmaceutico

ATS Insubria

**OGGETTO: NOMINA DIRETTORE TECNICO**

Con la presente, il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ legale rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICA

Che la Direzione Tecnica della farmacia, a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, viene affidata al Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dei requisiti di legge, che accetta consapevolmente l’incarico.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Titolare/Legale rappresentante

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

Dichiarazione di accettazione responsabile da parte del direttore

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGATO - AUTOCERTIFICAZIONE (per farmacista direttore)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate all’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.

DICHIARA

* Di essere iscritto all’albo dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di avere prestato servizio dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* Di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti;
* Che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Farmacista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega fotocopia documento d’identità**