

FARMACIE - Dichiarazione sostitutiva idoneità per direzione farmacia

(art 12 L. 475/68 e slm, art 7 L. 362/91, art 1 c. 157 L. 124/17)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art 46- 47 DPR 28/12/00 n. 445)

Scrivere solo in stampatello

Il /La sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____ Nato/a a _____

prov _____ il _____ e residente a _____ ()

via/p.zza _____ n _____

Ai sensi dell'art 47 DPR 445/00, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art 75 e 76 DPR 445/00

DICHIARA

- Essere iscritto AD OGGI all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n _____
- Essere in possesso dei requisiti di idoneità previsti dalla vigente normativa per svolgere la funzione di **Direttore di Farmacia privata a gestione societaria (art 1 c. 157 L. 124/17)** acquisiti mediante (barrare casistica A e/o casistica B e specificare i dati richiesti) :

A) PRATICA PROFESSIONALE svolta presso le seguenti farmacie nei rispettivi periodi

(inserire i dati negli appositi spazi)

Farmacia, indirizzo e codice regionale	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)

OPPURE

B) CONCORSO PER SEDI FARMACEUTICHE (specificare regione, data e riferimento GU/BUR)

Allegati

- copia di documento in corso di validità

Il dichiarante (2)

Luogo _____

(firma)

Data _____

- (1) Il requisito è obbligatorio e richiesto sia per la nomina (art 7 c.3 L.362/91) che per la sostituzione temporanea nella direzione (L. 362/91) di farmacia PRIVATA gestita da società, ai sensi dell'art 1 c. 157 L. n.124/17.
- (2) Ai sensi dell'art 38 DPR 445/00 l'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento del sottoscrittore.