

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

il _____ residente in _____ Via _____

Cod. Fiscale _____ Indirizzo PEC _____ tel. _____

n. protocollo concorso _____

(in caso di candidature singola) vincitore del concorso straordinario per titoli per l'assegnazione di n. 90 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio nella Regione Sardegna e assegnatario della sede.....

(in caso di candidatura associata) referente dell'associazione vincitrice del concorso straordinario per titoli per l'assegnazione di n. 90 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio nella Regione Sardegna e assegnataria della sede _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dell'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci falsità in atti e uso di atti falsi,

DICHIARA

Che i locali individuati per l'esercizio dell'attività farmaceutica sono siti in via _____

n. CAP _____ - e sono conformi all'esercizio dell'attività.

Si allega:

- planimetria scala 1:00 dei locali con indicazione della destinazione d'uso e dei m²
- copia fotostatica documento d'identità e codice fiscale in corso di validità.

Data _____

Firma _____