

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
E DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 e 47 DPR 445/2000)

Il sottoscritto Dott. _____, 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

- di essere nato a _____ il _____
- di essere residente in _____ Via _____ CAP _____
- n. di telefono _____ codice fiscale _____
- di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della Provincia di _____ al n. _____ dal _____
- di non aver riportato condanne penali e/o di aver / non avere procedimenti penali a proprio carico
(nel caso affermativo indicare quali) _____;
- di godere dei diritti civili e politici;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della L. 575/1965 (requisiti antimafia);
- di non svolgere attività alcuna nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco e di non esercitare la professione medica;
- di non essere gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra sede farmaceutica;
- di non essere titolare o socio di farmacia urbana, rurale non sussidiata o soprannumeraria;
- di essere titolare/socio di farmacia rurale sussidiata o soprannumeraria (indicare quale);
- di non aver rapporti di lavoro pubblici o privati a qualsiasi titolo svolti;

Data _____

Firma _____

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 193/03 nell'ambito del procedimento a cui questa dichiarazione afferisce.

Data _____

Firma _____