

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
PER DIRETTORE DI FARMACIA SOSTITUTO
(artt. 47 e 19 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____ alla Via _____, consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità **in qualità di direttore tecnico:**

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Farmacia/CTF, conseguito presso la Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di _____ in data _____;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista, conseguita presso _____, in data _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ dal _____ al n. _____;
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 13 della Legge 475/1968 e dall'art. 8 della Legge 362/1991, come modificato dall'art. 1 comma 160 della Legge 124/2017;
- di garantire una presenza piena e ininterrotta (orario full time) e di non ricoprire tale ruolo in altre farmacie;
- di godere dei diritti politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di non avere ragioni ostative all'incarico ai sensi della vigente legislazione c.d. antimafia;
- di possedere l'idoneità fisica.

Ai fini della verifica dell'autenticità della firma allega alla presente dichiarazione fotocopia del proprio documento d'identità.

Luogo e data _____

firma _____