

MARCA DA BOLLO

Al Sindaco del Comune di

Pec:.....

Al Direttore SC Farmaceutica Territoriale
ASL 5 Spezzino

protocollo.generale@asl5.liguria.it

OGGETTO : domanda di sostituzione Direttore tecnico magazzino distribuzione
all'ingrosso (acquisto e vendita) di medicinali per uso umano ai sensi dell'art. 100 -101
D.L.vo n ° 219/06 e ss. .

Il/la sottoscritto nato/a a

il C.F./P.IVA

Residente a via n.....

P.I/C.F.

nella persona del sottoscritto rappresentante legale della Ditta (Ragione Sociale/
Denominazione).....

P.I/C.F.

sita a via n.....

CAP telefono

consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia

CHIEDE PER LA SUDETTA DITTA

⊗ Autorizzata all'esercizio dell'attività di.....
con provvedimento n.....del.....
rilasciato da

⊗ Di proporre alla direzione tecnica come responsabile dell'attività il/la Dr./ Dr.ssa

.....

che è in possesso dei requisiti di legge e di cui si allega

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa all' accettazione dell'incarico (modulo 1)
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa al certificato penale (modulo 2)
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa al certificato di laurea, e iscrizione all'ordine (modulo 3)

⌘ In sostituzione del Dr./ Dr.ssa
nato/a.....il.....

⌘ Per il magazzino sito in (via , numero civico , città).....
.....

Si allegano inoltre

⌘ **Fotocopia carta d'identità.**

.....,
(luogo)

.....
(data)

IL DICHIARANTE

.....
(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....
(firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il / La sottoscritto/aC.F.....
Nato/a a.....il..... Residente
a.....Via.....n°Civico.....
Recapito / domicilio presso.....
Vian° Civico

DICHIARA

Di accettare, assumendo tutte le responsabilità inerenti l'incarico di Direttore Tecnico
Responsabile della Ditta.....
sita a via n.....
CAP telefono

Di non essere direttore responsabile di altri magazzini adibiti al commercio all'ingrosso di
medicinali ad uso umano, ai sensi D.L.vo n° 219/06, appartenenti a ditte diverse dalla
Dittaper cui ho accettato l'incarico.

.....,
(luogo)

.....
(data)

il Dichiarante

.....
(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati
personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente
nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....

(firma)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta
dall'interessato in presenza di dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla

fotocopia, non autentica di un documento d'identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

MODULO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il / La sottoscritto/aC.F.....
Nato/a a.....il.....
ResidenteVia.....n°Civico.....
Sulla richiesta di medesimo per uso ainistrativo (art. 689 co a 2 lett. A C.P.P)

**consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace,
di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28
Dicembre 2000**

DICHIARA

Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti ainistrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;

-Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

.....,
(luogo)

.....
(data)

il Dichiarante

(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....

(firma)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla

fotocopia, non autentica di un documento d'identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

MODULO 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il / La sottoscritto/aC.F.....
Nato/a a.....il.....
ResidenteVia.....n°Civico.....
Sulla richiesta di medesimo per uso amministrativo (art. 689 comma 2 lett. A C.P.P)

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

DICHIARA

Di essere in possesso della Laurea in conseguita presso l'Università di in data

Di essere abilitato all'esercizio della professione di avendo superato l'esame di stato presso l'Università di nell'anno

Di essere iscritto all'Albo provinciale dell'Ordine dei farmacisti di dal al n.

.....,
(luogo)

.....
(data)

il Dichiarante

(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....
(firma)

