

**Dichiarazione sostitutiva requisiti per DIREZIONE TECNICA FARMACIA**

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

Dichiarazione sostitutiva di certificazione atto di notorietà (artt. 46,47 DPR 445/2000)

Alla UOC Farmaceutica Territoriale ambito:

PEC: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it☐ **MASSA**☐ **VERSILIA**☐ **LUCCA**☐ **PISA**☐ **LIVORNO**

DA COMPILARE A CURA DEL DIRETTORE TECNICO DESIGNATO

Il/La sottoscritto/a Codice fiscale Nato/a a Prov. il e residente a ()via/p.zza n , PEC

Ai sensi degli artt. 46 e 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 degli artt. 75 e 76 DPR 445/00

DICHIARA

- Di essere iscritt **ad oggi** all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di al n.
- Di non trovarsi in alcuna delle condizione di incompatibilità previste dall'art. 8 L. 362/1991 e ss.mm.ii. e dall'art. 13 L. 475/1968 e ss.mm.ii.
- Di essere in possesso del requisito dell'idoneità alla titolarità previsto dall'art. 12 L. 475/1968 e ss.mm.ii, acquisito mediante (barrare casistica A e/o casistica B e specificare i dati richiesti) **(1)**:

- ☐ A) PRATICA PROFESSIONALE svolta presso le seguenti farmacie nei rispettivi periodi (**inserire i dati completi negli appositi spazi**)

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

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

Si allega: copia di documento di identità in corso di validità. Nel caso si ricorra all'utilizzo della firma digitale non è richiesto l'invio della copia del documento di identità.

(1) Il requisito è obbligatorio e richiesto sia per la nomina (art.7 c.3 L.362/91 e s.m.i.) che per la sostituzione temporanea nella direzione (art.7 c.4 L.362/91 e s.m.i.) di farmacia PRIVATA gestita da società.

Luogo e Data Il dichiarante

(firma per esteso)