

**In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale**

Dichiarazione di accettazione dell'incarico di farmacista e sul possesso dei requisiti professionali

Il sottoscritto farmacista

| | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|--------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiera e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalla legge
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159, "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia")
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine Professionale dei Farmacisti

| | | |
|--------------------------------|----------------------|--------------------|
| Provincia Ordine Professionale | Numero di iscrizione | Data di iscrizione |
| | | |

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- altri allegati

| | | |
|-------|------|------------------------|
| Luogo | Data | il direttore sanitario |
| | | |