

## RICHIESTA DI GESTIONE PROVVISORIA DELLA FARMACIA DA PARTE DEGLI EREDI

Marca da bollo  
valore corrente

Al Sig.  
Direttore Generale  
dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana  
Via Sant'Ambrogio di Fiera, n. 37  
31100 Treviso

Il/I sottoscritto/i, in qualità di erede/i del/della Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
deceduto/a in data \_\_\_\_\_ - grado di parentela: \_\_\_\_\_

### RICHIEDE/RICHIEDONO

l'autorizzazione alla Gestione Provvisoria per sei mesi dalla presentazione della dichiarazione di  
successione della Farmacia "EREDI FARMACIA \_\_\_\_\_",  
partita IVA \_\_\_\_\_ ubicata in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
con Direzione Tecnica affidata al/alla Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_.

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma eredi \_\_\_\_\_

Allegare modulo "Autocertificazione per eredi farmacia"

=====

### AUTOCERTIFICAZIONE PER IL DIRETTORE TECNICO

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di  
atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

### DICHIARA

- di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_
- di aver effettuato almeno due anni di pratica professionale
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti
- che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia
- di non essere titolare di altra Farmacia
- di non essere socio di altre società titolari di farmacie

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia documento d'identità in corso di validità  
Inviare a [protocollo.aulss2@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss2@pecveneto.it)