

**AUTOCERTIFICAZIONE PER NOMINA NUOVO DIRETTORE TECNICO  
PER FARMACIA**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.

**DICHIARA**

- di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
- di essere abilitato nella \_\_\_ sessione anno \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
- 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
- di prestare servizio a tempo pieno nella farmacia

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

Allegare fotocopia documento d'identità in corso di validità e codice fiscale