

**1.2f**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dott.ssa

nato/a a  il

residente a  prov.

cod. fisc.

Titolare della farmacia

ovvero

Legale Rappresentante della Società Titolare della farmacia

Farmacista, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000,

DICHIARA:

- di essere in regola con la normativa vigente in materia di contributi INPS e INAIL
- di avere presentato domanda di iscrizione al Registro Imprese di Ferrara
- ovvero di essere iscritto al Registro Imprese di Ferrara al Numero REA

In fede

Data

Firma

allegare copia di documento di identità valido