

**1.2c**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 D.P.R. 445 DEL 28/12/2000)**

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

nato/a a

il

residente a

cod. fisc.

, farmacista, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000, **con effetto dalla data in cui le sarà riconosciuta dalla competente Autorità Sanitaria Amministrativa la titolarità in qualità di socio della società "Farmacia**

dei Dott.ri

snc o sas", con sede in

, via

codice fiscale

Partita Iva

iscrizione al Registro delle Imprese della Camera di Commercio di Ferrara al n.

N.REA

, con oggetto la gestione della farmacia corrente in

DICHIARA

- di non essere titolare, né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- di non svolgere attività alcuna nel sottore della produzione, intermediazione ed informazione scientifica del farmaco;
- di non essere in rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati;
- di non essere nelle condizioni di divieto al trasferimento di titolarità , di cui all'art 13 c.1 L.362/91 e modifiche

data

Firma

all. fotocopia documento identità valido