

**Alla c.a. DIRETTORE
S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE
ASL TO5
Via Vittime di Bologna, 20
10024 - MONCALIERI (TO)**

OGGETTO: RICHIESTA DI VARIAZIONE DIRETTORE TECNICO.

Il/La sottoscritto/a: _____
nato/a il _____ a _____ (prov _____)
Codice Fiscale _____
residente nel Comune di _____ (_____) C.A.P. _____
Via/Corso/Piazza/Fraz. _____ N. _____
in qualità di _____

CHIEDE

che a far data DAL _____ AL _____ la Direzione Tecnica Professionale
della Farmacia denominata _____
ubicata a _____
_____ (indicare paese, via e n° civico)
venga assunta dal dott./dott.ssa _____
già/nuovo Farmacista collaboratore della Farmacia _____

Data

firma

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

Dichiara di **ACCETTARE** l'incarico di Direttore Tecnico della suddetta Farmacia

Data

firma

Si allega la seguente documentazione per il nuovo Direttore:

n. 1 autocertificazione attestante:

- l'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti;
- due anni di pratica professionale ai sensi della Legge 02.04.1968 n° 475;
- l'assenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia; l'assenza di condanne penali e carichi pendenti;

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Artt. 47 e 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a:

dott./dott.ssa: _____

nato/a il _____ (prov _____)

Codice Fiscale _____

residente nel Comune di _____ (_____) C.A.P. _____

Via/Corso/Piazza/Fraz. _____ N. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.

D I C H I A R A
sotto la propria responsabilità

- di *essere* cittadino italiano (*oppure specificare* _____)
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
- di essere iscritto all' Ordine professionale dei Farmacisti della Provincia di _____ al n° _____ dal _____;
- di aver conseguito l'idoneità alla Titolarità per:
Pubblico concorso per l'assegnazione di sedi farmaceutiche di _____
_____ data _____ (punteggio _____)
- Aver prestato servizio per almeno 2 anni consecutivi dal _____ al _____
presso la Farmacia _____
in qualità di _____;
- di non essere nelle condizioni di incompatibilità previste dagli artt. 7 ed 8 della Legge 8/11/1991 n. 362 ì, come modificati dall'art. 5 della Legge 4/8/2006 b, 248 e dalla Legge 4/8/2017 n. 124, in particolare:
 - di non esplicitare attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco;
 - di non esercitare la professione medica;
 - di non essere in rapporto subordinato con altri EE.PP. o privati;

- di *non aver* riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di *non essere* a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di *non avere* nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art 67 del D. Leg.vo 06/09/2011 n. 159 e successive modifiche;
- che ai sensi della vigente normativa antimafia, nei propri confronti e nei confronti del coniuge, dei figli o delle persone conviventi non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D. Leg.vo 06/09/2011 n. 159 e successive modifiche;
- che non controllerà, direttamente o indirettamente, più del 20% delle farmacie esistenti sul territorio della Regione Piemonte, ai sensi della Legge 4/8/2017 n. 124.

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta alla presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero la richiesta sia presentata unitamente a copia fotostatica, firmata in originale, di un documento d'identità del sottoscrittore.