

## AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO TITOLI PER ESERCIZIO PROFESSIONE FARMACISTA

**Modello 10/FF/SS VIGILANZA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (ai sensi dell'Art. 46 T.U. – D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa.....  
a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del T.U. – D.P.R.  
445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

### D I C H I A R A

- che il proprio codice fiscale è .....
- di essere nato/a .....il .....
- di essere residente nel comune di ..... in Via  
..... n° .....
- Provincia di ..... (.....)
- Tel .....
- di essere laureato/a in .....  
presso .....il  
.....;
- di essere abilitato/a presso.....il  
.....;
- di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti di ..... dal  
..... al numero .....
- di essere Cittadino .....
- di godere dei diritti politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti pendenti a carico;
- di non essere a conoscenza di procedimenti a proprio carico;
- di non ricoprire posti di ruolo nella amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque

- pubblici, né esercitare la professione di informatore medico scientifico;
- di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore di altra farmacia;
  - di non essere dipendente presso altre Farmacie;
  - che non vi sono incompatibilità ai sensi dell'art. 8 della Legge 362/81;
  - altro: .....

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

Il/la richiedente\*

\_\_\_\_\_ (firma per esteso e leggibile)

*\*se la firma non viene apposta in presenza del dipendente addetto, occorre allegare una fotocopia di un documento d'identità (art. 38 co. 3 D.P.R. n. 445/2000)*

**INFORMATIVA ALL'INTERESSATO AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/2003**

Si informa che i dati personali acquisiti nell'ambito del presente procedimento saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Il loro conferimento ha natura obbligatoria in quanto la mancanza comporta il mancato accoglimento della domanda.

Eventuali comunicazioni ad altri soggetti saranno effettuate solo se previste da norme di legge o necessarie per fini istituzionali.

L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Titolare del trattamento è l'ASUGI, Responsabile del Trattamento è il Direttore Generale della ASUGI

**SEGNALAZIONE RELATIVAMENTE AI CONTROLLI AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000**

Si informa che relativamente a quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i.