

**In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale**



Dichiarazione di accettazione dell'incarico di farmacista e sul possesso dei requisiti professionali

Il sottoscritto farmacista

Cognome	Nome	Codice Fiscale								
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritieri e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalla legge
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159, *"Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia"*)
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine Professionale dei Farmacisti

Provincia Ordine Professionale	Numero di iscrizione	Data di iscrizione
--------------------------------	----------------------	--------------------

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- altri allegati

Segrate

Luogo

Data

il direttore sanitario