

## REGIONE CAMPANIA -FORM C

### Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICA

- di assumere la responsabilità del controllo di qualità dello stabilimento che produce AIP sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del diploma di laurea in
  - farmacia
  - chimica
  - chimica e tecnologia farmaceutiche
  - biologia
  - medicina
  - scienze e tecnologia alimentari
- di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA