

REGIONE CAMPANIA -FORM EE

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 sanitaria del magazzino adibito a commercio all'ingrosso di farmaci veterinari
 - con vendita al dettaglio
 - senza vendita al dettaglio,
- 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
 - chimica industriale
- di essere iscritto all'Ordine dei _____ della provincia di _____ con numero _____
- che non ha riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari
- che nel caso abbia la responsabilità di più magazzini appartenenti allo stesso titolare, l'attività svolta in ciascun magazzino ha una durata minima di almeno quattro ore giornaliere.

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