

REGIONE CAMPANIA – FORM HH

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 della vendita al dettaglio di farmaci veterinari effettuata nel magazzino adibito a commercio all'ingrosso di farmaci veterinari, 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 la vendita diretta viene effettuata nei seguenti giorni e orari
 - lunedì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____
 - martedì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____
 - mercoledì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____
 - giovedì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____
 - venerdì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____
 - sabato dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____

- di avere/non avere la responsabilità di altri magazzini;
nel caso si abbia la responsabilità di altri magazzini gli orari di vendita al dettaglio effettuati presso questi ultimi sono i seguenti:
 - lunedì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ presso il magazzino sito in _____ alla via _____
 - martedì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ presso il magazzino sito in _____ alla via _____
 - mercoledì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ presso il magazzino sito in _____ alla via _____
 - giovedì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ presso il magazzino sito in _____ alla via _____
 - venerdì dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ presso il magazzino sito in _____ alla via _____
 - sabato dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ presso il magazzino sito in _____ alla via _____
- di essere a conoscenza che nel caso abbia la responsabilità di più magazzini, l'attività può essere svolta in ciascun magazzino solo alla sua presenza.
- di essere a conoscenza che l'incarico di farmacista responsabile della vendita diretta presso il magazzino autorizzato e' incompatibile con la figura di direttore o titolare di farmacia

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