

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ASSENZA DI INCOMPATIBILITÀ

Art. 7 e 8 comma 1 Legge 362/1991 e s.m.i.

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il
_____, C.F. _____, residente in _____,
in qualità di _____ della Farmacia _____, con sede in

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il/la sottoscritta / la Società sopra indicata* non versa nelle condizioni di incompatibilità di cui agli articoli 7 e 8, comma 1 della legge 362/1991 e s.m.i.

Luogo, data

Firma

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

* Indicare “nei propri confronti” quando trattasi di socio persona fisica; indicare “nei confronti della Società sopra indicata” qualora il socio sia a sua volta una Società.