

**AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO TITOLI PER ESERCIZIO PROFESSIONE FARMACISTA**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 T.U. - D.P.R. 445/2000)

II/ La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa.....

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del T.U. - D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

che il proprio codice fiscale è: .....  
di essere nato/a ..... il .....  
di essere residente in ..... Via ..... n° .....  
Provincia di ..... (.....) Tel. ....

di essere laureato/a in .....  
presso ..... il .....

di essere abilitato/a presso ..... il .....

di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti di .....  
dal ..... al numero .....

di essere Cittadino .....

di godere dei diritti politici;

di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti pendenti a carico;

di non ricoprire posti di ruolo nella amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici, né esercitare la professione di informatore medico scientifico;

di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore di altra farmacia

di non essere dipendente presso altre Farmacie;

altro: .....

..... Li, .....

IL/LA DICHIARANTE .....

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 si precisa che il trattamento dei dati personali forniti ha finalità strettamente legate all'istanza presentata.