





## FARMACIE – AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

Codice Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ [ ] barrare se certificata

*Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti*

### In qualità di SOCIO

#### della Società di persone

Codice Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P.IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con sede in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### Denominazione della Farmacia \_\_\_\_\_

di cui all'autorizzazione rilasciata da \_\_\_\_\_ atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

intestata a \_\_\_\_\_

con sede in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- Di essere Socio di una sola Società (*di cui al comma 1, art. 7, L. 8/11/91 n. 362*)
- Di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_
- di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L. 362/91 e art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 8/11/91 n. 362 e dell'art. 13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che il sottoscritto non ha riportato condanne penali né ha procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia)

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

### Il socio

\_\_\_\_\_

*Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità*