

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ASSENZA DI INCOMPATIBILITÀ

Art. 13 Legge 475/1968 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 non versa nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 13 della legge 475/1968 e s.m.i.

Luogo, data

Firma

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