

<b>PROVINCIA di GROSSETO</b>    <b>Coordinamento SUAP</b>	<b>L.R. 16/00 - FARMACIE</b>	
	<b>DICHIARAZIONE ASSUNZIONE D'INCARICO DIRETTORE TECNICO</b>	
	MODELLO: <b>SANV3</b>	VERSIONE: 9/06/2023

**Avvertenza: il presente modulo deve essere utilizzato esclusivamente a completamento della procedura disponibile su STAR (Sistema Telematico di Accettazione Regionale) per le procedure di competenza dello Sportello Unico alle Attività produttive di cui al DPR 160/2010.**

***I dati anagrafici completi, sono ASSOLTI CON LA PROCEDURA ONLINE.***

Il sottoscritto,

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

i cui dati anagrafici completi, oltreché i dati relativi la localizzazione dell'intervento, forniti su modulo unificato Regione Toscana, parte integrante della presente richiesta, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 e 76 DPR 28.12.2000 n°445)

in qualità di : \_\_\_\_\_

dell'impresa denominata \_\_\_\_\_

assume l'incarico di direttore tecnico della farmacia denominata:

\_\_\_\_\_

ubicata in \_\_\_\_\_, nella/e seguente/i sede/i (indirizzo completo):

\_\_\_\_\_

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

e-mail .....@.....

posta elettronica certificata .....@.....

con decorrenza .....

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dalla vigente normativa in materia e la decadenza dai benefici conseguenti<sup>1</sup>

**DICHIARA**

- di essere Iscritto/a all'Albo Professionale della Provincia di ..... al n. ....
- 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, per:  
[.] superamento concorso per assegnazione sedi farmaceutiche .....  
[.] compiuta pratica professionale presso la farmacia aperta al pubblico .....  
ubicata in.....via/piazza.....n.....CAP .....  
ASL di competenza territoriale.....
- di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore tecnico o collaboratore di altra farmacia
- di non aver riportato condanne penali né avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività (con particolare riferimento al reato di truffa ai danni del SSN)

data .....

**Firma del direttore tecnico**

.....

---

1