DICHIARAZION E SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(DPR 445/ 2000, art. 47)

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritt.. Dr./Dr.ssa |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ❒ Titolare  ❒ Direttore Responsabile  ❒ Gestore provvisorio | | | | della farmacia |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | |  | | |
| nato/a a |  | | | | ( ) | il |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| residente a |  | ( ) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| In via |  | n. | . |

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere e falsità negli atti, richiamate dell’art. 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| che il dispensario di |  | , è aperto al pubblico funzionante. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data: |  |  | Firma |  |