

All'Assessorato Regionale
dell'Igiene e Sanità e
dell'Assistenza Sociale
Servizio qualità dei servizi e
governo clinico
san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

il _____ residente in _____ Via _____

Cod. Fiscale _____ Indirizzo PEC _____ tel. _____

n. protocollo concorso _____

☐ (in caso di candidature singola) vincitore del concorso straordinario per titoli per l'assegnazione di n. 90 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio nella Regione Sardegna e assegnatario della sede.....

☐ (in caso di candidatura associata) referente dell'associazione vincitrice del concorso straordinario per titoli per l'assegnazione di n. 90 sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio nella Regione Sardegna e assegnataria della sede _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dell'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci
falsità in atti e uso di atti falsi,

DICHIARA

Che i locali individuati per l'esercizio dell'attività farmaceutica sono siti in via _____

n. _____ CAP _____ - e sono conformi all'esercizio dell'attività.

Si allega:

- planimetria scala 1:00 dei locali con indicazione della destinazione d'uso e dei m²
- copia fotostatica documento d'identità e codice fiscale in corso di validità.

Data _____

Firma _____