

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. (____) il _____

Residente a _____ Prov. (____) in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

in qualità di socio della Società _____
 legale rappresentante
 amministratore delegato

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(Per confermare, barrare il simbolo)

di essere a conoscenza della normativa vigente del settore farmaceutico ed in particolare di quanto disposto:

- dall'art. 7 - comma 2 - della Legge n. 362/1991 e ss.mm.ii. → *“Le società di cui al comma 1 hanno come oggetto esclusivo la gestione di una farmacia. La partecipazione alle società di cui al comma 1 e' incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica. Alle società di cui al comma 1 si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni dell'articolo 8”*;
- dall'art. 8 - comma 1 - della Legge n. 362/1991 e ss.mm.ii. → *La partecipazione alle società di cui all'articolo 7, salvo il caso di cui ai commi 9 e 10 di tale articolo, e' incompatibile: “a) nei casi di cui all'articolo 7, comma 2, secondo periodo; b) con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia; c) con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato”*.

di non avere incompatibilità alla partecipazione alla Società _____
_____ con sede in _____
_____ C.F./P.I. _____ in
qualità di _____ ;

di rispettare i limiti stabiliti dall'art. 1 – comma 158 - della Legge annuale per il mercato e la concorrenza n. 124 del 04/08/2017, vale a dire che la stessa Società non controlla, direttamente o indirettamente, ai sensi dell'art. 2359 e seguenti del codice civile, più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della Regione Valle d'Aosta;

altro:

N.B.: nel rispetto della normativa vigente allega copia di un documento di identità.

_____ lì _____
(Luogo) (Data)

IL/LA DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di un dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lvo n. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs n. 101/2018 e dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Si precisa che l'Informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito www.ausl.vda.it, nella sezione Privacy.