Fac simile Dichiarazione accettazione incarico di persona responsabile per depositi

All’ Assessorato Regionale della Sanità

Dipartimento per la Pianificazione Strategica

Servizio 7 - Farmaceutica

Piazza Ottavio Ziino, 24

90145 Palermo

Al Direttore del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Via Pindemonte, 88 – 90129 Palermo

PEC: dipfarmaceutico.pec@asppa.it

fax 091/7033019

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa ………………………………… nato/a a ………………………………. il ………………………….… residente in ……………………………………………………… via ………………………………………………………………………………..

Codice Fiscale ………………………………………………………… sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti

DICHIARA

**1. di accettare l’incarico di persona responsabile (direttore tecnico)** della Ditta/Società …………………………………………. presso la sede di via ……………………………..………. n. ….. Comune di …………………………. e magazzino sito in ………………………………………………………(indicare via, n° civico , città e telefono)

**2. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:**

Laurea in …………………………………….…………., conseguita in data ………………………., presso l’Università degli Studi di …………………………………………;

Abilitazione all’esercizio professionale di ………………………….., conseguita presso l’Università degli Studi di ……………………………….. in data ……………………….;

Iscrizione all’Albo dei …………………………. della provincia di ………………………….. al n. …………. dal ………………..;

**3.** di impegnarsi a rispettare gli obblighi di cui al 2° comma dell’art. 101 del D.Lgs. 219/2006 e s.m.i. a sovrintendere a tutte le operazioni concernenti il movimento di entrata ed uscita, la custodia e la conservazione dei medicinali senza obbligo di orario, ai sensi dell’art. 5, comma 2, Legge 490/95 e di svolgere la propria attività a carattere continuativo presso la sede……………………… per almeno ……………… ore giornaliere, dalle ore ………… alle ore …………………

**4.** che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui al D.L.gs 159/2011 e s.m.i. ( antimafia)

**5**. di non aver riportato condanne penali per truffa e reati contro il patrimonio, o comunque connessi al commercio di medicinali non conforme alle disposizioni del D.Lgs. 219/2006 e s.m.i. e di non essere a conoscenza di carichi penali pendenti

**6**. di non svolgere l'attività di direttore tecnico presso altro magazzino di altra società o di svolgere l'attività di direttore tecnico presso altro magazzino di altra società (indicare quale) ………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE

………………………………………………………………….

La presente dichiarazione deve essere corredata da copia di un valido documento di riconoscimento.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

…………………………………………………………………