

MODELLO DIRETTORE FARMACIA – FAC-SIMILE

Alla Centrale Unica di Committenza  
dell'Unione delle Terre d'Argine  
Corso Alberto Pio, 91  
421012 Carpi (MO)

**OGGETTO: PROCEDURA APERTA PER L'INDIVIDUAZIONE DEL  
CONCESSIONARIO DEL SERVIZIO FARMACEUTICO DELLA FARMACIA  
COMUNALE DI CARPI (MO), DI NUOVA ISTITUZIONE: TIPO PUBBLICA URBANA,  
SEDE N. 17, CODICE FARMACIA 36005180**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Posta elettronica Certificata \_\_\_\_\_

**( nel caso di raggruppamento devono essere riportati tutti i soggetti facenti parte del  
raggruppamento)**

**DICHIARA**

che in caso di aggiudicazione verrà nominato in qualità **di direttore della farmacia,**  
**il dott.** \_\_\_\_\_ **nato a** \_\_\_\_\_  
**il** \_\_\_\_\_, **codice fiscale** \_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_  
**via** \_\_\_\_\_  
**iscritto all'Ordine** \_\_\_\_\_ **al numero di**  
**iscrizione** \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE,**

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. . n. 445/2000** consapevole delle sanzioni penali, nel caso di  
dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,  
che il professionista sopra indicato designato per la nomina a direttore della farmacia,  
**ha maturato una esperienza di pratica professionale almeno biennale nel settore delle**  
**farmacie** alla data di scadenza del termine di presentazione dell'offerta.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**Nota: nel caso di raggruppamento la firma dovrà essere apposta da ciascun soggetto facente  
parte del raggruppamento con allegati i relativi documenti di identità dei firmatari**