



Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera
Via Montescaglioso
75100 M A T E R A

Oggetto: Gestione provvisoria della farmacia da parte degli eredi.

Il/I sottoscritto/i _____

premesso che in data __/__/____ è deceduto/a il/la Dr./Dr.ssa _____
titolare della farmacia _____
sita in _____ in Via _____ n. _____,

in qualità di erede/i

comunica/comunicano

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 12 L. 02/04/1968 n. 475 e s.m.i. e art. 7 L. 08/11/1991 n. 362 e s.m.i., di voler continuare l'esercizio in via provvisoria della suddetta farmacia sotto la responsabilità del Direttore Dr./Dr.ssa _____
nato/a a _____ Prov. _____ il __/__/____,
che sottoscrive la presente per accettazione dell'incarico di Direttore della farmacia.

Firma del Direttore
(per accettazione)

Si allega la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva per gli eredi (Allegato A): n. fogli _____;
- Dichiarazione sostitutiva per il direttore (Allegato B).

Luogo e Data _____

Firma degli eredi

Allegato A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER GLI EREDI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___
residente a _____ Prov. _____
in Via _____ n. _____
codice fiscale: _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, secondo quanto previsto dall'art. 76 dello stesso DPR,

DICHIARA

- 1) che il/la Dr./Dr.ssa _____ è deceduto/a in data ___/___/___;
- 2) di essere erede del/della Dr./Dr.ssa _____
(grado di parentela: _____).

Luogo e Data _____

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER IL DIRETTORE

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___
residente a _____ Prov. _____
in Via _____ n. _____
codice fiscale: _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, secondo quanto previsto dall'art. 76 dello stesso DPR,

DICHIARA

- 1) di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della provincia di _____
dal _____ al n. _____;
- 2) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 3) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- 4) di non essere in alcuna delle condizioni d'incompatibilità previste dall'art. 13 della legge 2 aprile 1968 n. 475 e s.m.i.

Luogo e Data _____

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.