



Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
-art. 47, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.-

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (prov.....) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (prov.....)  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in qualità di titolare/direttore della farmacia denominata \_\_\_\_\_  
situata nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov .....)  
via \_\_\_\_\_, n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Azienda ULSS territorialmente competente \_\_\_\_\_

Associato a:  Federfarma Veneto  Farmacieunite/Assofarm

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 dello stesso D.P.R., in caso di dichiarazioni non veritiere,

dichiara

che alla data del 28 febbraio 2018 i farmacisti esercenti l'attività presso la farmacia sopra indicata sono (indicare nome e cognome):

\_\_\_\_\_ (titolare/direttore)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

che n. .... farmacista/i presso la farmacia ha/hanno partecipato ai seguenti eventi formazione di residenziale\* - \*\*  
(indicare nome e cognome):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Titolo dell'evento residenziale \_\_\_\_\_

Svoltosi a \_\_\_\_\_ in Data \_\_\_\_\_

Titolo dell'evento residenziale \_\_\_\_\_

Svoltosi a \_\_\_\_\_ in Data \_\_\_\_\_

Titolo dell'evento residenziale \_\_\_\_\_

Svoltosi a \_\_\_\_\_ in Data \_\_\_\_\_

che tutti i farmacisti esercenti l'attività presso la farmacia hanno svolto i seguenti corsi FAD - *(compreso il titolare/direttore)*\*\*\*

Titolo del corso FAD \_\_\_\_\_

Data svolgimento \_\_\_\_\_

Titolo del corso FAD \_\_\_\_\_

Data svolgimento \_\_\_\_\_

Titolo del corso FAD \_\_\_\_\_

Data svolgimento \_\_\_\_\_

\* Per le farmacie in cui opera un solo farmacista è richiesto solo lo svolgimento dei corsi FAD.

\*\* **nel caso in cui** la farmacia è rappresentata nei tre corsi monotematici deve essere compilato tutto; se è rappresentata nel corso unico di formazione generale deve essere compilata una sola voce

\*\*\* **nel caso in cui i** farmacisti esercenti in farmacia partecipano ai corsi FAD monotematici deve essere compilato tutto; nel caso in cui i farmacisti esercenti in farmacia partecipano ad un solo corso FAD pluritematico deve essere compilata una sola voce

*Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Luogo, data

IL DICHIARANTE

.....  
(timbro e firma)