





# Accettazione dell'incarico

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 Decreto del  
Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445

## Il sottoscritto/la sottoscritta

Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale

### dichiara

di accettare, assumendo tutte le responsabilità ad esso inerenti, l'incarico di Direttore

Tecnico/Persona Responsabile della ditta .....

con sede in CAP  Luogo ..... Provincia

Via/piazza ..... N. .... e di svolgere la

propria attività nella sede sopraindicata in maniera continuativa, con un orario compatibile con le  
necessità derivanti dalle dimensioni dell'attività distributiva espletata.

Dichiara inoltre di non essere direttore tecnico/persona responsabile di altri magazzini adibiti al  
commercio all'ingrosso di medicinali ad uso umano, ai sensi del D.Lgs. n. 219/2006, appartenenti a  
ditte diverse dalla Ditta per cui ha accettato l'incarico e di non essere titolare/direttore di una  
farmacia.

Data

.....

Firma

## Allegato:

Copia di un documento di identità valido

