**MOD “5”**

**DICHIARAZIONE NOMINA DIRETTORE DELLA FARMACIA**

**Spett.le Centrale Unica di Committenza**

**Comuni di Fondi, Monte S. Biagio**

**e Santi Cosma e Damiano**

**Piazza Municipio n. 1 04022 Fondi (LT)**

Oggetto: procedura aperta per l’affidamento in concessione del servizio di gestione della farmacia comunale del Comune di Fondi. Dichiarazione di indicazione del soggetto a cui sarà affidato l'incarico di direttore della farmacia. CIG: 918935714B

Il sottoscritto ……………..……………………………………………………………………………

nato a ………………………………..………..… Prov. ………. il ………………………………..

residente nel Comune di ……………..…..……… Prov. ….… Stato ……………….……………..

Via/Piazza ………………...…………………………..………………..………….. n. ……...……...

CODICE FISCALE …………………………………………………………………………………...

in qualità di …………………………………...…………………………………………………….…

dell’impresa .………………………………………….……………………………………………….

con sede nel Comune di ……………………………..… Prov. ….… Stato ……………………….

Via/Piazza ………………………………………….....………………..………….. n. ….…..……...

con codice fiscale: ……………..……….….. Partita IVA: …………………………………………

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (e smi) consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 (e smi), per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. di nominare, in caso di aggiudicazione, in qualità di Direttore della Farmacia comunale di Fondi un farmacista iscritto all’Albo e in possesso di un’esperienza nel settore, di almeno 2 (due) anni, individuato nella persona del Dottor ...........................................................................................

Codice fiscale .......................................... Nato a.............................................. il....................... residente in............................................, via ............................................................................, n...................... C.A.P........................................, Iscritto all’Albo dei Farmacisti dell’Ordine di ..................................., al n.............................

1. che il soggetto indicato come Direttore non è altro soggetto partecipante alla presente procedura né amministratore o socio di altre società (anche da costituire) partecipanti alla presente procedura stessa né essere designato quale Direttore della Farmacia da altri soggetti partecipanti alla presente procedura.

Firma/e partecipante/i

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

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

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

Firma del Direttore nominato

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

**N.B**. *Alla suddetta dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità di ciascun soggetto firmatario (Partecipante/i alla gara e Direttore nominato).*

*Qualora la documentazione venga sottoscritta dal “procuratore/i” della società dovrà essere allegata copia della relativa procura notarile (GENERALE O SPECIALE) o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza.*