Allegato 2 (persona responsabile gas medicali)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell’articolo 46 DPR 445/2000 e art. 1 D.P.R. 403/98)

Io sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………………….

nato/a a ……………………………………. ………………..Pr o stato estero ………il …....…………………,

codice fiscale ………………………………….

residente a ………………………… …….. Via/ n. civico ………………………………………………………………,

accetto, assumendo tutte le responsabilità inerenti, l’incarico di Persona Responsabile del magazzino della Società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ubicato nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 in Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’articolo 76 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARO

 Di essere in possesso di laurea specialistica o magistrale in : ………………………….

Appartenente alle seguente classe:

O I. classe LM-8 Classe dei corsi di laurea magistrale in biotecnologie industriali

O II. classe LM-9 Classe dei corsi di laurea magistrale in biotecnologie mediche, veterinarie

 e farmaceutiche

O III. classe LM-21 Classe dei corsi di laurea magistrale in ingegneria chimica

*oppure*

 O I. classe L-2 Classe dei corsi di laurea in biotecnologie

O II. classe L-9 Classe dei corsi di laurea in ingegneria industriale

O III. classe L-27 Classe dei corsi di laurea in scienze e tecnologie chimiche

O V. classe L-29 Classe dei corsi di laurea in scienze e tecnologie farmaceutiche

Nel corso delle quali dichiara di aver superato gli esami di chimica farmaceutica e di legislazione farmaceutica

La laurea dichiarata è stata conseguita presso l’Università di……………………………….

 il …………..

*oppure*

O di avere svolto, successivamente al 1/5/1993 (data dell’entrata in vigore del D. Lgs. 538/92) e per almeno cinque anni, anche non continuativi, funzioni di direttore tecnico di magazzino di distribuzione all'ingrosso o di deposito di gas medicinali.

* di non avere riportato condanne penali per reati contro il patrimonio o comunque connessi al commercio di medicinali non conforme alle disposizioni del D. Lgs. 219/2006
* di non avere riportato condanne penali definitive di almeno due anni per delitti non colposi;
* di non essere persona responsabile di altri magazzini, adibiti al commercio all’ingrosso di medicinali ad uso umano, appartenenti a società diverse da quella che mi ha conferito l’incarico di cui sopra.

 …………………….. .lì, ……………………

 (luogo) (data)

FIRMA ………………………………………………………………..