

## REGIONE CAMPANIA – FORM HH

### Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICA

- di assumere la responsabilità sanitaria della vendita al dettaglio di farmaci veterinari effettuata nel magazzino adibito a commercio all'ingrosso di farmaci veterinari, sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del diploma di laurea in
  - farmacia
  - chimica
  - chimica e tecnologia farmaceutiche
  - chimica industriale
- di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_
- che non ha riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari
- che la vendita diretta viene effettuata nei seguenti giorni e orari
  - lunedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - martedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - mercoledì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - giovedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - venerdì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
  - sabato dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

- di avere/non avere la responsabilità di altri magazzini;  
nel caso si abbia la responsabilità di altri magazzini gli orari di vendita al dettaglio effettuati presso questi ultimi sono i seguenti:
  - lunedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - martedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - mercoledì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - giovedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - venerdì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
  - sabato dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_
- di essere a conoscenza che nel caso abbia la responsabilità di più magazzini, l'attività può essere svolta in ciascun magazzino solo alla sua presenza.
- di essere a conoscenza che l'incarico di farmacista responsabile della vendita diretta presso il magazzino autorizzato e' incompatibile con la figura di direttore o titolare di farmacia

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA