

FACSIMILE della dichiarazione contenente l'indicazione del soggetto cui sarà affidato l'incarico di Direttore della Farmacia

Al Comune di Albaredo d'Adige

Piazza V. Emanuele 1

37041 Albaredo d'Adige (VR)

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Codice Fiscale n. _____

si impegna a nominare, in caso di aggiudicazione, il Direttore della farmacia che ha individuato nella persona

del dott.

C.F.

nato a

residente a

in via

Iscritto all'albo dei Farmacisti dell'Ordine di al n.

nome e firma del dichiarante

nome e firma del soggetto indicato come Direttore

Si allegano i seguenti documenti:

copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del soggetto indicato come Direttore della Farmacia;