

ALLEGATO C

**Spett.le Centrale unica di committenza
XI comunità Montana dei Castelli Romani e Prenestini
Via della Pineta n. 117
00079 Rocca Priora (RM)**

PROCEDURA APERTA PER LA CONCESSIONE DEL SERVIZIO DI GESTIONE DELLA FARMACIA COMUNALE DI NUOVA ISTITUZIONE DEL COMUNE DI MONTECOMPATRI – CIG 8036262531

DICHIARAZIONE CONTENENTE L'INDICAZIONE DEL SOGGETTO CUI SARÀ AFFIDATO L'INCARICO DI DIRETTORE DELLA FARMACIA

DICHIARAZIONE NECESSARIA PER L'AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI GARA RESA ANCHE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto..... , C.F..... , nato a..... il..... , residente in , via..... , n. , domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso, nella sua qualità di e legale rappresentante della , con sede in , via , C.A.P. , iscritta al Registro delle Imprese di al n. , C.F. , partita IVA n. , iscritto al Registro Professionale di ,
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione lo scrivente *operatore economico* decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata;
- ai fini della partecipazione alla presente gara;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1)... di nominare, in caso di aggiudicazione, in qualità di Direttore della Farmacia 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 Partita IVA n.

Nato ail.....

residente in , via , n. C.A.P.

Iscritto all'Albo dei Farmacisti dell'Ordine di, al n.....

2) 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.

Nome e firma del dichiarante

Nome e firma per accettazione del soggetto indicato come direttore