

Fac-Simile indicativi di Domanda di Partecipazione
(persone fisiche)

Al Comune di Giugliano in Campania
Corso Campano n. 200
80014 Giugliano in Campania (NA)

Il sottoscritto _____ nato a _____
_____ Prov. _____ il ____/____/____ n° _____ titolare
dell'omonima ditta individuale con sede legale in _____ Codice
Fiscale _____, partita IVA n. _____ tel. _____ fax. _____

CHIEDE

Di partecipare alla selezione indetta dal Comune di Giugliano in Campania per la scelta del concessionario gestore della farmacia comunale.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 e seguenti del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

1. di essere iscritto all'Albo professionale dei farmacisti, Ordine di _____, n. di iscrizione _____; (da non compilare nel caso la persona faccia parte di un raggruppamento)
2. che a proprio carico non sono state pronunciate condanne con sentenze passate in giudicato per reati per i quali è prevista l'applicazione della pena accessoria dell'incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione, l'inesistenza di cause ostative di cui all'art. 10 della legge n. 575/1965 come modificato dall'art. 3 della legge n. 55/1990 (disposizioni antimafia)e di non essere interdetto, inabilitato o fallito e che a proprio carico non sono in corso procedure per la dichiarazione di tali stati;
3. di non versare nelle cause di esclusione alle gare di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 163/2006 e nella fattispecie di cui agli artt. 32 bis, 32 ter, 32 quater del Codice Penale;
4. che sussiste uno dei seguenti requisiti (barrare la casella); (*da non compilare nel caso in cui la persona faccia parte di un raggruppamento*)
 - conseguimento della titolarità di farmacia o dell'idoneità conseguita in un precedente concorso
 - svolgimento, per almeno 3 anni, di pratica professionale certificata dall'autorità sanitaria competente
5. di non aver ceduto altre farmacie oppure di trovarsi in una delle fattispecie previste dall'art. 13 della legge n. 362/1991 ai fini dell'acquisizione di una nuova farmacia; (da non compilare nel caso la persona faccia parte di un raggruppamento)
6. di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci indicate nella dichiarazione;
7. di aver preso visione e di accettare pienamente ed incondizionatamente tutte le clausole dell'Avviso, del disciplinare e dei relativi allegati;
8. che verrà nominato in qualità di Direttore della farmacia comunale il Dr. _____, Cod. Fiscale _____, che ha maturato un'esperienza almeno triennale nella gestione di farmacia, comprovata dai documenti allegati.(da non compilare nel caso la persona faccia parte di un raggruppamento)

Ai sensi degli art. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 il sottoscritto allega alla presente domanda una copia fotostatica integrale non autenticata del proprio documento d'identità in corso di validità.