L.R. 16/2000 FARMACIE	Allo **S**portello **U**nico delle **A**ttività **P**roduttive del COMUNE DI FIRENZE
	DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' - ANTIMAFIA

Il sottoscritto/a ……

nato/a a …….. (……..) il ……residente nel Comune

di ……. (…….) indirizzo…….

C.F. …… , in relazione al procedimento amministrativo ……..

ai sensi all'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

D I C H I A R A

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto di decadenza o di sospensione indicate all'art. 67 del D.Lgs 06/09/2011 n. 159, in materia di comunicazioni e informazioni antimafia;

D I C H I A R A A L T R E S I'

in qualità di legale rappresentante/amministratore della società

……

con sede legale in ……. via ……n. ……

P.IVA/C.F. […] iscritta presso la CCIAA di ……..… nel Registro delle Imprese al n. ……

- di non essere a conoscenza che nei confronti della suddetta società sussista alcun provvedimento interdittivo disposto ai sensi del D.Lgs 159/11;

- di non essere a conoscenza dell'esistenza delle cause di divieto di decadenza o di sospensione indicate all'art. 67 del D.Lgs 06/09/2011 n. 159 nei confronti dei soggetti menzionati all'art. 85 del DLgs 159/2011 (amministratori, soci etc.), nominativamente elencati di seguito:

COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	IN QUALITA' DI
……		
……		
……		
……		

……

Firenze, lì …… IL DICHIARANTE

……

Firma
come da normativa di riferimento