**Allegato A2**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(*Articoli 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445*)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentate:

* azienda farmaceutica denominata ………………………………………………………….

 codice identificativo AIFA …………………………………………………………………

* azienda produttrice/distributrice di DM/IVD denominata ………………………………….

 Partita IVA ………………………………………………………………………………….

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

**DICHIARA**

* che gli Informatori Scientifici del Farmaco – DM/IVD di cui si chiede l’accreditamento sono in possesso dei requisiti richiesti dall’art. 122 del D.Lgs 219/2006, con particolare riferimento a titolo di studio e rapporto di lavoro;
* che il responsabile scientifico è il Dott./Dott.ssa …………………………………………………………

* che il responsabile aziendale della farmacovigilanza è il Dott./Dott.ssa ………………………………….

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo e data)

 IL DICHIARANTE\*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* allegare carta di identità del dichiarante**