Carta intestata Spett.le

Agenzia Italiana Del Farmaco

Via del Tritone, 181 - 00187 Roma

**REVOCA PROCURA**

Dichiarazione sostitutiva di notorietà ai sensi degli artt. 47 e 48 DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doc. di riconoscimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_,

DICHIARA

1. di essere a conoscenza delle pene previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso contenente dati non corrispondenti a verità, e
2. di agire in qualità di rappresentante legale della società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale e domicilio fiscale in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale e partita iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice SIS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’art. 47 del DPR 20 DICEMBRE 2000 N. 445,
3. di aver revocato la procura precedentemente conferita al Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice Privacy) e degli articoli 4 e 13 del Reg. 2016/679/UE (Regolamento generale sulla protezione dei dati).**

LUOGO, DATA

FIRMA del legale rappresentante

**Allegato:** Copia fotostatica leggibile di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità