## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

## ai sensi dell'art. 20 del D.L.gs 39/2013

AT/La sottoscritte/a VALENTINA DONATO nate/a MARSALA (IP)
#/La sottoscrittø/a VALENTINA DONATO natø/a MARSALA (IP)  il 17/05/1989 residente a PET ROSI NO (TP) - via CESARE PAVESE, 1
CF <u>DNT VNT 89E57 E97411</u> in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Trapani, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R.445/2000, sotto la sua personale responsabilità, e con riferimento al predetto incarico
DICHIARA
di trovarsi in una delle seguenti ipotesi:
assenza di alcuna causa di incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica  sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.
Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.
Inoltre, il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,
DICHIARA
Di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 e s.m.i., la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito web dell'Ordine alla sezione Amministrazione Trasparente e di autorizzare espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i
Data 5/5/2023 firma Joseph / (CASIL)

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

## ai sensi dell'art. 20 del D.L.gs 39/2013

⊮la sottoscrittø/a	WALENTINA	DOMATO	natø/a	MARSALA	(TP)
#/La sottoscritte/a	residente a	PETROSINO (	(TP) -	via <u>CESARE</u>	PAVESE, 1
CF <u>DNT VNT 99E5</u> Farmacisti della Providi formazione o uso de con riferimento al p	<u>ን <i>ሮ የኋ4 ካ</i></u> in r ncia di Trapani, con i atti falsi, richiama	nerito al conferio sapevole delle sa	mento dell'ind nzioni penali, i	carico di Consi nel caso di dichi	gliere dell'Ordine de arazioni non veritiere
	•	DICHIAR	Α	, •	•
di trovarsi in una delle	e seguenti ipotesi:		*. •	· . ·	
□ sussistenza d	ella/e seguente/i c tivamente a	ausa/e di incomp	atibilità ai ser	nsi delle disposi	sunzione della carica izioni di cui al D.Lgs n riferimento normativo
e di impegna dichiarazione		e entro il termine	e di 15 (quinc	lici) giorni dall	a data della presento
II/la sottoscritto/a è l'acquisizione di effica di incompatibilità.					
II/la sottoscritto/a s incompatibilità e a p disposto dall'art. 20,	resentare annualn	nente una dichiar	azione sulla i	nsussistenza, c	onsapevole di quanto
Inoltre, il/la sottoscri	tto/a con la sottoso	crizione del prese	nte document	0,	
		DICHIAR	<b>A</b>		
Di essere informato/dichiarazione verrà autorizzare espressar dal Reg. UE 2016/679	pubblicata sul sito nente il trattamen	web dell'Ordine to dei propri dati į	e alla sezione	. Amministrazi	one Trasparente e o
Data <u>5/5/2</u> 023	<u>.</u>		firma	Jointo	160m/2