

Dichiarazione di insussistenza cause di inconferibilità

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

Il/La sottoscritto/a MARIO LIGLIO nato/a ERICE (TP)
il 13/09/1976 residente a TRAPANI - via ROTA, 46

CF 66L TRA 76P13 D423W 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 inconferibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
 sussistenza della/e seguente/i causa/e di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 _____

Il/la sottoscritto/a è consapevole che la dichiarazione in oggetto e' condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico.

Il/la sottoscritto/a è consapevole altresì che, ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'Ordine, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta inconferibilità e a rinnovare la presente dichiarazione con cadenza annuale

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 12/01/2024

firma 

Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 39/2013

Il/La sottoscritto/a MARCO GIBLIO nato/a ERICE (TP)
il 13/09/1976 residente a TRAPANI - via ROTA, 46

CF 66L TR476P13 0423 W 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

12/01/2024

firma

