

Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità
ai sensi dell'art. 20 del D.L.gs 39/2013

Il/La sottoscritto/a CHIVETTA GIUSEPPE nato/a PALERMO il
25-07-1948 residente a PALERMO via
RESUTTANA N.312

CF CHVGGPPH3L25G273E in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Palermo, 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 e firma

17.10.2025



**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

GIUSEPPE CHIAVETTA

Indirizzo

VIA RESUTTANA, 352 PALERMO

Telefono

3880468570

Fax

E-mail

GIUSEPPECHIAVETTA49@GMAIL.COM

Nazionalità

ITALIANA

Data di nascita

25 07 1949

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

FARMACISTA TITOLARE DA MAGGIO 1979

FARMACIA

GESTIONE ECONOMICA

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita

Laurea in Farmacia in data 18 07 1973

Facolta' di Farmacia Università di Palermo

Farmacologia, Tecnica farmaceutica

Farmacista

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUA

FRANCESE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

BUONO

BUONO

BUONO

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

CONSIGLIERE ORDINE PROFESSIONALE DI PALERMO

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

POSTA ELETTRONICA MANUTENZIONE DI COMPUTER SOFTWARE WINFARM

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

HOBBY - LETTERATURA

PATENTE O PATENTI

Patente A e B