

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a CHIARETTA GIUSEPPE nato/a PALERMO il 25-07-1949  
residente a PALERMO via REBUTTANA 312

CF CHVQPPH9L25Q2X3E 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

08-10-2024



**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