

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

Il/La sottoscritto/a MARIO BIANCO nato/a a PALESTO il 17/11/1957 residente a Palermo indirizzo VIA MARIANA n. 4 CF BURTRASES17G273K in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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

DICHARA

di trovarsi in una delle seguenti ipotesi:

- assenza di alcuna causa di inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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.

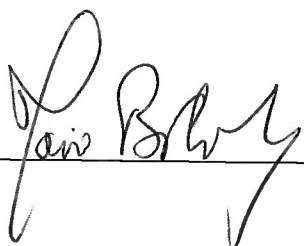
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità/inconferibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

Inoltre, il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHARA

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 30/12/2023



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

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

Il/La sottoscritto/a Felindo Coco nato/a a PALERMO il 27/03/1970 residente a PALERMO indirizzo VIA V. DE MORA n. 51 CF CCC FBN 7007302730 in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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/inconferibilità 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 30/12/2023



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconfiribilità

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

Il/La sottoscritto/a CHIARETTA GIUSEPPE nato/a a PALERMO il 25-07-1961 residente a PALERMO indirizzo VIA RESUTTANA n. 352 CF CHVGRPPA9125023E in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconfiribilità e/o incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- sussistenza della/e seguente/i causa/e di inconfiribilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a _____ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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/inconfiribilità 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 13-01-2023



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

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

Il/La sottoscritto/a ALESSANDRO ANTONINO nato/a a PALERMO il 27/04/41 residente a PALERMO indirizzo VIA PANZINI n. 21 CF DLSNNN41D252331 In merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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.

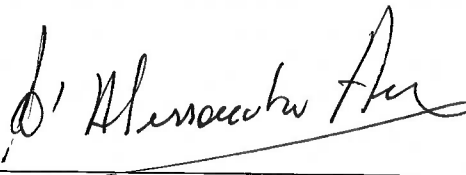
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità/inconferibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione 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 26.01.23.....



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

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

Il/La sottoscritto/a Sege nato/a a Palermo il 15.03.1965 residente a Palermo indirizzo Via Venezia n. 15 CF DMNSRGLSCISA0189E in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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.

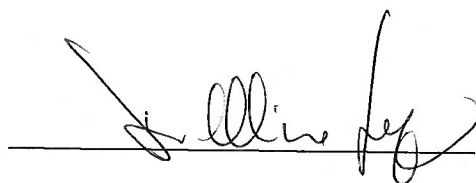
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità/inconferibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione 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 30/12/2023



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

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

Il/La sottoscritto/a ABUEGUA DEUR nato/a a PALERMO il 02/09/1987 residente a SANTA PAVIA indirizzo VIA E. TOU n. 40 CF DLGRL87P62G213G in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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/inconferibilità 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

26/09/2023

Giuseppina Lina

Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

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

Il/La sottoscritto/a DIVIA MARIA nato/a a BOCCONAPERO il 21/06/1959 residente a PALEMA indirizzo PIAZZA XIV VITIME n. 40 CF in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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.

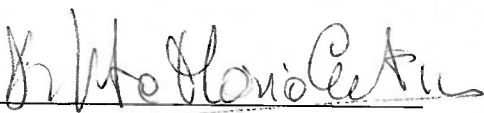
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità/inconferibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione 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 26/01/2023.....



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

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

Il/la sottoscritto/a CHIARA GIUFFRÈ nato/a a PALESMO il 10/5/1979 residente a PALESMO indirizzo VIALE P. SA SOLANDA n. 5A CF 6760129576231 in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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/inconferibilità 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 26.01.23.....

Chiara Giuffrè

Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

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

Il/La sottoscritto/a SALVATORE TAVUO nato/a a PALESTRO il 29/05/81 residente a SARACENI indirizzo VIA DEZ PISTACCHIO n. 17 CF MUNSVT 31E 29423 in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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/inconferibilità 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 26/01/23



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconfiribilità

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

Il sottoscritto MANTIONE MASSIMO nato a PALERMO il 16/02/1959 residente a PALERMO indirizzo VIA MATILDE SERAO n. 14 CF MNTMSM59B16G2730 in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconfiribilità e/o incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- sussistenza della/e seguente/i causa/e di inconfiribilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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.

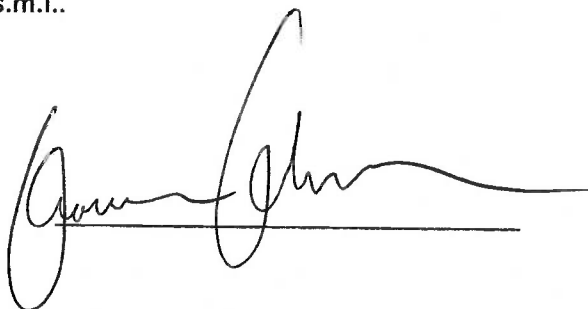
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità/inconfiribilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione 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 PALERMO, 16/01/2023



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

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

Il/la sottoscritto/a VALENTINA MILONE nato/a a PALESTRO il 25/11/1975 residente a PALESTRO indirizzo V. MARCHESE DI BOCCAFORTE n. 72 CF MLNVNT75A659293U in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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/inconferibilità 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 26/11/23

Valentina Milone

Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconfiribilità

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

Il/La sottoscritto/a Motta Grazia nato/a a Palermo il 11/01/1974 residente a indirizzo via C. A. E. C. n. 3 CF 12770207101162730 In merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconfiribilità e/o incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- sussistenza della/e seguente/i causa/e di inconfiribilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a _____ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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.

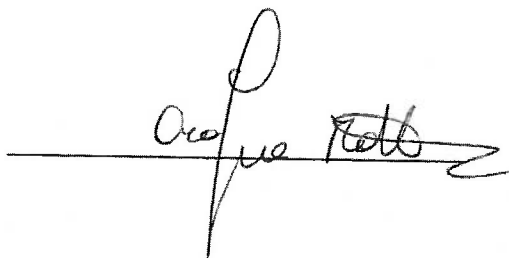
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità/inconfiribilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione 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 13/01/2023



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

Il/la sottoscritto/a Pestoull Meuro nato/a a Palermo il 07.06.59 residente a Palermo indirizzo V.le C. Pestillo n. 82 CF PSTM25P4076273F riferito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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

DICHARA

di trovarsi in una delle seguenti ipotesi:

- assenza di alcuna causa di inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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/inconferibilità 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,

DICHARA

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 26/01/2023



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

Il/la sottoscritto/a GIACOMO SEMBRO nato/a a PALEERMA il 30/09/1974 residente a PALEERMA indirizzo V. GEN. V. STREVA n. 3 CF SCAGCR74P30L-273D in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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.

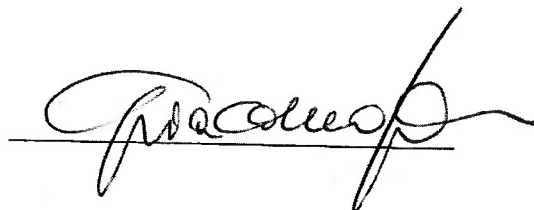
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità/inconferibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione 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 13/01/2023



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità
ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 39/2013

La sottoscritta Venuti Francesca nata a Palermo il 28/11/77 residente a Palermo indirizzo via Principe di Villafranca n. 29 CF : VNTFNC77S68G273U in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere del Consiglio 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 inconferibilità e/o incompatibilità 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 relativamente a _____
(inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)
- 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/inconferibilità 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 12/01/2023

