

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

Il sottoscritto **GIOVANNI CAMPO**

nato a **RAGUSA** il **28/09/1962** residente a **RAGUSA** indirizzo **Via Collodi n. 18 CF CMPGNN62P28H163Q**, in merito al conferimento dell'incarico di **Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti 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 **16/07/23**



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconfiribilità

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

Il/La sottoscritto/a MARCO ARMINI nato/a Palermo 24-05-68 residente a Palermo via Munitivola, 43  
CF R6M4C63246273A 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.

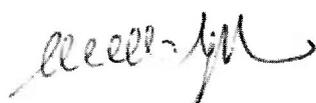
Inoltre, il/La sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

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 e firma

16-02-2023



**Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità**

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

Il/La sottoscritto/a Maria Antonietta S. Poole  
nato/a Palermo il 14. 11. 1965 residente a Palermo  
indirizzo Piazza del Fonte 69 CF DPL MNT 65554G 2735  
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 \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)

è 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 e firma Maria Antonietta S. Poole  
11. Marzo 2023

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

Il sottoscritto Levantino Paolo nato a Palermo il 26/07/1987 residente a Palermo- via Belmonte Chiavelli n.199 CF LVNPLA87L26G273G

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 e firma

09/03/2023

*Paolo Levantino*