

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a MARIO BILARDO nato/a PALERMO il 17/11/1957  
residente a PALERMO via DALMARIA 4

CF BURMRA57S17G273K 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.

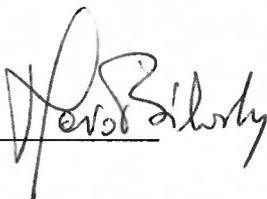
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

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

Palermo 08/10/2024 

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a Ferdinando Cesare nato/a PALERMO il 23/03/1970  
residente a PALERMO via VALDEMONE 3

CF CCCEDN70C236273P 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.

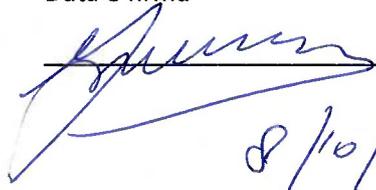
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

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

  
8/10/2024

## 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 CHVQPP49L250273E 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



## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/la sottoscritto/a VIVIANA DE CARO nato/a PALERMO il 04/08/1968  
residente a Palermo via Jaldemone 44

CF DCRVVN68M449273K 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

8/10/2024 Viviana De Caro

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a SARACENA De usi' nato/a PALENO il 22/05/1987  
residente a SANTA FLAVIA via E. Botto' 10

CF DLSSRL87P6252730 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

8/10/2025 Saracena De usi'

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a NICOLÒ GALLIVA nato/a PALESMO il 09/05/93  
residente a PALESMO via GOETHE

CF GLLMCL93E09G231 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

08/10/24 N. Galliva

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a CHIARA GIUFFRÈ nato/a PALERMO il 17.05.1979  
residente a PALERMO via E. DE ANICIJ 6

CF GFFCNR79E57G273V 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

8.10.24 Chiara Giuffrè

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a MONICA INGUMA nato/a PA il 5/11/1970  
residente a PALERMO via DELLA LIBERTÀ 108/B

CF NGUMNC70S45G273F 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

Monica Inguma

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a MANNINO SACTATOKE nato/a PACERNO il 24/05/91  
residente a CARINI via DEE PISTACCHIO 17

CF MNNST81E28G243D 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

08/10/18 

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a Motta Orazio nato/a VALENTO il 11/01/1974  
residente a PALERMO via AGADEN N°3

CF PTTNRZ071A11G273U 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.

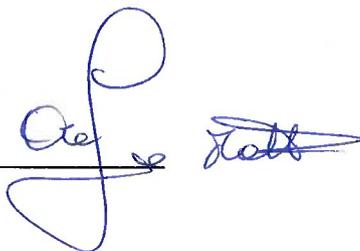
Inoltre, il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

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



## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a PASTORELLO MAURIZIO nato/a PALERMO il 07-06-1959  
residente a GENOVA via C. MONTTEGRAPPA 7

CF PSTM259H07G273F 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.

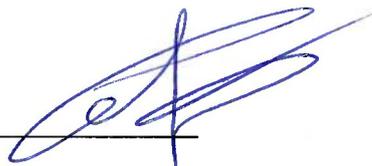
Inoltre, il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

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

Palermo 8/10/2024



## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a RONANO FRANCESCO Paolo nato/a PALERMO il 02/04/1988  
residente a CAPACI via SALVATORE SALVINO 6

CF RTNFNC88D02G273B 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 Franco Paolo Ronano

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a GIACOMO PINO nato/a PALERMO il 30/09/1976  
residente a PALERMO via GEN. V. SONEVA, 3

CF SCHGCM76P30G273D 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  


## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a EMANUELE S. SIAGURA nato/a PALERMO il 7/9/72  
residente a PALERMO via S. MECCO 25

CF SGRTWL72P07G273D 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

08/10/24



## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a VENUTI FRANCESCA nato/a PALERMO il 28-11-77  
residente a PALERMO via PRINCIPE DI VILIAFRANCA 29

CF VNT FNC77568G273U 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

\_\_\_\_\_ 