



## **DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI**

La sottoscritta, dr.ssa Miriam Lanza, in relazione all'incarico di Dirigente preposto alla Direzione Organizzazione, Personale e Bilancio della Federazione Ordini Farmacisti Italiani, ai sensi dell'art. 53 del DLgs 165/2001, sotto la propria, personale responsabilità

### **DICHIARA**

- di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità previste dall'art. 53 del DLgs 165/2001;

- di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo DPR, in caso di dichiarazioni falsi o mendaci.

La sottoscritta si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Amministrazione eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Roma, 3.02.2023

**IL DIRIGENTE**

**(Miriam Lanza)**

Firma autografa omessa  
ai sensi dell'art. 3 del DLgs n. 39/1993