

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconfiribilità

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

Il sottoscritto GIUSEPPE GUAGLIANONE nato a COSENZA IL 17 LUGLIO 1973 residente a SAN SOSTI (CS) , VIA GIACOMO MATTEOTTI, 50 - C.F. GGLGPP73L17D0860

in merito al conferimento dell'incarico di componente del Collegio dei Revisori della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani ("FOFI") a seguito delle elezioni tenutesi nei giorni 23, 24 e 25 aprile 2021, 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.

Il sottoscritto 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 sottoscritto con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato 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 della FOFI 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..

ROMA, 07/05/2021

firma  


allegata copia del documento di identità e del codice fiscale del sottoscritto

3 Cognome  
**GUAGLIANONE**

4 Nome  
**GIUSEPPE**

5 Data di nascita  
**17/07/1973**

6 Numero di identificazione personale  
**GGLGPP73L17D0860**

7 Numero di identificazione dell'istituzione  
**SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera  
**80380001807602380111**

9 Scadenza  
**08/06/2024**

REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale: **GGLGPP73L17D0860** Sesso: **M**

Cognome: **GUAGLIANONE**  
 Nome: **GIUSEPPE**

Data di scadenza: **08/06/2024**

Luogo di nascita: **COSENZA**  
 Provincia: **CS**

Data di nascita: **17/07/1973**

Dati sanitari regionali  
**REGIONE LAZIO**

13.

	9.	10.	11.	12.
AM				
A1				
A2				
A		24/07/10	17/07/30	
B1				
B		08/02/92	17/07/30	
C1				
C				
D1				
D				
BE				
C1E				
CE				
D1E				
DE				

1. Cognome 2. Nome 3. Data e luogo di nascita 4a. Data del rilascio  
 4b. Data di scadenza 4c. Rilasciata da 5. Numero della patente  
 10. Valida dal 11. Valida fino al 12. Codici

12. 71 U1P995331P AI 9746780

PATENTE DI GUIDA REPUBBLICA ITALIANA

1. GUAGLIANONE  
 2. GIUSEPPE  
 3. 17/07/73 COSENZA (CS)  
 4a. 18/07/2020 4c. MIT-UCO  
 4b. 17/07/2030  
 5. U15U13011N  
 7.

9. A B

*[Handwritten signature]*