



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

La sottoscritta, dr.ssa Miriam Lanza, in relazione all'assunzione a tempo pieno e indeterminato presso la Federazione Ordini Farmacisti Italiani con la qualifica di dirigente di II fascia e all'incarico di Dirigente preposto alla Direzione Rapporti e Supporto amministrativo agli Ordini della Federazione Ordini Farmacisti Italiani, ai sensi dell'art. 20 del DLgs 39/2013 e dell'art. 53 del DLgs 165/2001, sotto la propria, personale responsabilità

### **DICHIARA**

- di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal DLgs 39/2013;

- 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, 30.09.2022

La Dirigente  
Dr.ssa Miriam Lanza  
Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/1993