



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 Personale Organizzazione e Bilancio 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, 23.01.2024

La Dirigente
(Miriam Lanza)

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

Federazione Ordini Farmacisti Italiani

00185 ROMA – VIA PALESTRO, 75 – TELEFONO 06 4450361 – TELEFAX 06 4941093
CODICE FISCALE n° 00640930582

PEC: posta@pec.fofi.it; e-mail: posta@fofi.it – sito: www.fofi.it