

DICHIARAZIONE ASSENZA CAUSE DI INCONFERIBILITA' O DI INCOMPATIBILITA' DI CUI AL D. LGS. N. 39/2013 E DELLO STATUTO DELL'ENTE PER LA NOMINA A CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE DEL CONSORZIO FARMACEUTICO INTERCOMUNALE

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto FAUSTO VECCHIO
nato a EBOLI, il 20-9-1961,
codice fiscale VCCFSTG/P20B390R
residente in EBOLI alla via C.SO GARIBOLDI, 76

per l'affidamento dell'incarico di consigliere di amministrazione del Consorzio Farmaceutico Intercomunale, ai fini della verifica di insussistenza di cause di inconferibilità e/o di incompatibilità di cui al D. Lgs. n. 39/2013 e di conflitto di interessi, anche solo potenziale, di ineleggibilità e/o di incompatibilità ai sensi dello Statuto consortile

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi contenute,

ai fini del D. Lgs. n. 39/2013,

di avere in corso i seguenti incarichi:

- incarichi amministrativi di vertice in pubbliche amministrazioni e precisamente (*specificare il ruolo rivestito e presso quale pubblica amministrazione*):
_____;
- incarichi di amministratore di enti pubblici e precisamente (*specificare il ruolo rivestito presso quale ente pubblico*): _____;
- incarichi dirigenziali interni o esterni in pubbliche amministrazioni o enti pubblici e precisamente (*specificare il ruolo rivestito e presso quale pubblica amministrazione o ente pubblico*):
_____;
- incarichi e cariche in enti di diritto privato in controllo pubblico o regolati o finanziati da pubblica amministrazione e precisamente (*specificare il ruolo rivestito e presso quale ente*):
_____.

- ai sensi del D. Lgs. 39/2013, art. 7, co. 2, lett. c) di non avere in corso, ovvero di non aver svolto nei periodi indicati espressamente dalla normativa in materia di inconferibilità/incompatibilità, alcun incarico amministrativo di vertice o dirigenziale in pubblica amministrazione, di amministratore o dirigente in enti pubblici e di non rivestire incarichi e cariche in enti di diritto privato in controllo pubblico o regolati o finanziati da pubblica amministrazione;

ai fini dello Statuto del Consorzio Farmaceutico Intercomunale:

- di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, di ineleggibilità e/o di incompatibilità previste dalla normativa vigente, ivi compreso il D.lgs. n. 39/2010;
- di non essere consigliere comunale o amministratore in carica di uno dei Comuni consorziati;

La presente dichiarazione viene resa con la piena consapevolezza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi contenute. Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione, copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore. In alternativa, la sottoscrizione dovrà essere apposta in presenza del dipendente addetto, che ne rilascerà attestazione.

27/10/2024
Luogo e data

Il dichiarante


