

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

ANTONINO

Il/La sottoscritto/a ABATE nato/a MESSINA il 1/10/67 residente a ME - via ANNUNZIATA  
CF B7ANNUNGRD1 <sup>FISSP</sup> in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della  
Provincia di MESSINA, 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 incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica  
 sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n.  
39/2013 relativamente a \_\_\_\_\_ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente  
dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni,  
l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause  
di incompatibilità.

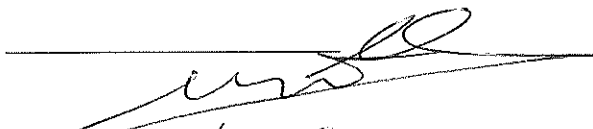
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta  
incompatibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto  
disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

Inoltre, il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a 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 dell'Ordine 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..

Data e firma

  
29/5/2023

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a SABRINA BUNDO nato/a ME il 14/02/70 residente a ME - via FONDELLO F. CANALE  
CF BNDSEN70 BSHF158P in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di MEssina, 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 incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a \_\_\_\_\_ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità 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/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a 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 dell'Ordine 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..

Data e firma

22/05/23 Sabrina Bundo

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a <sup>CALCASSERA</sup> GIUSEPPE nato/a MESSINA il 02/06/1981 residente a MESSINA - via F. SCAGLIO D'ALCANTARA

CF CLCG90911H0291580 in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Messina, 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

16

DICHIARA

di trovarsi in una delle seguenti ipotesi:

- assenza di alcuna causa di incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a \_\_\_\_\_ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità 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/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a 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 dell'Ordine 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..

Data e firma

29/07/2023 

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

FRANCESCO CLAUDIO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a FRANCESCO il 23/04/1986 residente a SCARFARO via PICCOLA, 4

CF FRANCESCO351582 in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Messina, 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 incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a \_\_\_\_\_ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità 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/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a 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 dell'Ordine 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..

Data e firma

29/05/2023

Francesco Francione

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

SERGIO PAPISCA

MESSINA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a MESSINA 22.10.58 residente a \_\_\_\_\_ - via NINO BIXIO 13.115  
PPS > RC 08R 22 F 158X  
CF \_\_\_\_\_ in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della

Provincia di Messina, 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 incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a \_\_\_\_\_ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità 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/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a 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 dell'Ordine 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..

Data e firma

Ch. Papisca

. 22-05-2023

## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a GABRIANO PIVVARETTI nato/a MESSINA il 12/9/68 residente a MESSINA - via \_\_\_\_\_

CF PV68012F158A in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Messina, 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 incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica  
 sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a \_\_\_\_\_ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.


Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità 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/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a 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 dell'Ordine 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..

Data e firma

29/05/23 

## Dichiarazione di insussistenza cause di inconferibilità

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

Il/La sottoscritto/a ALFINA ROSSINI nato/a ROSSINI il 07-05-1966 residente a MESSINA - via S. ANTONIO  
CF RSSINF06F47F4587 in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti di

della Provincia di Messina, 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 inconferibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- sussistenza della/e seguente/i causa/e di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la dichiarazione in oggetto e' condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a è consapevole altresì che, ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'Ordine, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta inconferibilità e a rinnovare la presente dichiarazione con cadenza annuale

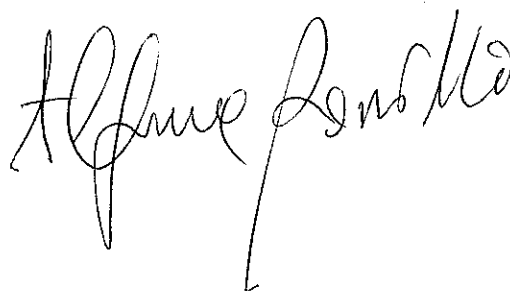
Inoltre, il/La sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a 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 dell'Ordine 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..

Data e firma

29-05-2023



## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/La sottoscritto/a <sup>ENRICO</sup> ~~SA GUIMBENI~~ nato/a MESSINA il 22/01/61 residente a MESSINA - via CANTO  
SGUINDEGLIA 2201 SRV LEONARDO 87  
CF \_\_\_\_\_ in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della  
Provincia di MESSINA, 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 incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica  
 sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n.  
39/2013 relativamente a \_\_\_\_\_ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente  
dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni,  
l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause  
di incompatibilità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta  
incompatibilità 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.

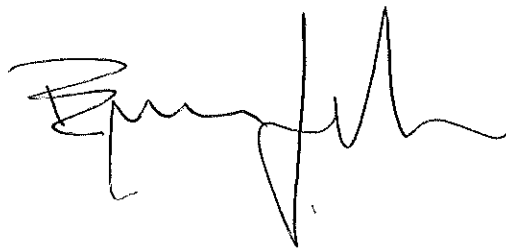
Inoltre, il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a 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 dell'Ordine 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..

Data e firma

22/05/2023





## Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

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

Il/la sottoscritto/a <sup>VECG</sup> PAOLO nato/a PIAZZO il 05/01/1972 residente a PIAZZO - via NE TRUNO 122

CF VCDPLAS04057206W in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di MEssina, 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 incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 relativamente a \_\_\_\_\_ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. 39/2013)

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità 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/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a 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 dell'Ordine 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..

Data e firma

28/05/23 