



Ordine dei Farmacisti della Provincia di Siracusa

Dichiarazione di insussistenza cause di inconferibilità ai sensi dell'art.20 del D.lgs 39/2013

/Il/La sottoscritto/a..... LO BELLO GIULIA..... nato/a a..... SIRACUSA il..... 2/6/1985
residente a..... SIRACUSA..... in..... VIA PATERNÒ 40.....
C.F. LB665854411544..... in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere
dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Siracusa, 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 è 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 n. 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 nella 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 dal D.lgs 196/2003 e s.m.i..

Data e firma

30/11/24 *Giulia Lo Bello*

Via Aristofane, 8 – 96100 Siracusa Tel. 0931 65008

e-mail: info@ordinefarmacistisr.it – Pec: ordinefarmacistisr@pec.fofi.it – website: www.ordinefarmacistisr.it



Ordine dei Farmacisti della Provincia di Siracusa

Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità ai sensi dell'art.20 del D.lgs 39/2013

Il/La sottoscritto/a..... Lo Bello Giulia nato/a a..... SIRACUSA il..... 1/6/85
residente a..... SIRACUSA in..... VIA PATERNÒ 40
C.F. LBGLA 85H41I756H in merito al conferimento dell'incarico di Consigliere
dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Siracusa, 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 n. 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 sull'insussistenza, consapevole di
quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.lgs 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 39/2013 e s.m.i., la presente
dichiarazione verrà pubblicata sul sito web dell'Ordine nella 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 dal D.lgs 196/2003 e s.m.i..

Data e firma

30/4/24 Giulia Lo Bello

Via Aristofane, 8 – 96100 Siracusa Tel. 0931 65008

e-mail: info@ordinefarmacistisr.it – Pec: ordinefarmacistisr@pec.fofi.it – website: www.ordinefarmacistisr.it