



**FARMACIE
COMUNALI srl**
PORTO SANT'ELPIDIO

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED
INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DEL D.LGS. 39/2013**

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

ATTESTAZIONE RELATIVA ALL'ANNO 2019

Il/La sottoscritto/a TRAINI TURCO nato/a a S. ELPIDIO A MARE
il 26/06/1974 residente a S. ELPIDIO A MARE
Via/P.zza FALEUENSE n. 286 Codice Fiscale TAN TRC HH26 I3247
tel. 0734 903674, cell. 3356665282, e-mail TURCO.TRAINI@VIRGILIO.IT,
in qualità di PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE, 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

DICHIARA

**l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità, ai sensi e per gli effetti
del D.Lgs. n.39/ 2013,**

in particolare, ai fini delle cause di inconferibilità:

- ☒ di non avere riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3 D.Lgs. 39/2013);
- ☒ di non avere svolto incarichi e ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in ente pubblico o in ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario regionale (artt. 4 e 5 D.Lgs. 39/2013);
- ☒ di non nelle cause di inconferibilità di cui all'art.6, D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non nelle cause di inconferibilità di cui all'art.7, D.lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art.8 del D.Lgs. 39/2013;

e, ai fini delle cause di incompatibilità:

- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 9, comma 1 e comma 2, del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 10 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 12 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 13 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 14 del D.Lgs. 39/2013;

oppure

Farmacie Comunali S.r.l.
Via Belgio 16 - 63821 Porto S Elpidio
Codice Fiscale e Partita IVA 01550990442
Capitale sociale versato € 20.800,00

farmaciecomunalipse@pec.it
amministrazione.fcomunalipse@gmail.com
www.farmaciecomunalipertosantelpidio.it



**FARMACIE
COMUNALI srl**
PORTO SANT' ELPIDIO

- ☐ che sussistono le seguenti cause di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni sopra richiamate del D.lgs. 39/2013 (indicare puntualmente l'articolo di riferimento del D. Lgs n. 39/2013):

.....
.....
.....

e di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

- ☐ di essere in possesso dei requisiti di onorabilità e professionalità come richiesti dall'art. 11, c. 1, D.Lgs. 175/2016

DICHIARA, inoltre

- ☐ di non ricoprire ulteriori cariche e/o incarichi

oppure

- ☐ di ricoprire, altresì, le seguenti cariche e/o incarichi (indicandone il compenso annuo lordo/gettone):

Tipologia dell'incarico	Compenso annuo lordo

DICHIARA, infine

di essere informato su quanto disposto dall'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 circa l'obbligo di prestare la presente per l'attestazione ai fini dell'acquisizione dell'efficacia dell'incarico, sull'obbligo di rinnovarla annualmente, sulla sua pubblicazione nel sito web della FARMACIE COMUNALI S.r.l. nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

S. ELPIDIO A. TURE 31/12/18

Luogo e data

Il Dichiarante (firma in originale)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n.2016/679: I dati personali raccolti, nell'ambito del procedimento per il quale questa dichiarazione viene resa, saranno trattati anche con strumenti informatici, ai fini della pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet della FARMACIE COMUNALI S.r.l. secondo le disposizioni di cui al D. Lgs n. 33/2013.



**FARMACIE
COMUNALI srl**
PORTO SANT' ELPIDIO

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED
INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DEL D.LGS. 39/2013**

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

ATTESTAZIONE RELATIVA ALL'ANNO 2019

Il/La sottoscritto/a BALESTIERI GIOVANNI nato/a a PORTO S. ELPIDIO
il 12.03.1960 residente a PORTO S. ELPIDIO
Via/P.zza CONTI G. n. 48 Codice Fiscale BLS CNN 60C12 G921N
tel. _____, cell. 3332211508, e-mail _____,
in qualità di CONSIGLIERE, 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

DICHIARA

**l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità, ai sensi e per gli effetti
del D.Lgs. n.39/ 2013,**

in particolare, ai fini delle cause di inconferibilità:

- ☒ di non avere riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3 D.Lgs. 39/2013);
- ☒ di non avere svolto incarichi e ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in ente pubblico o in ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario regionale (artt. 4 e 5 D.Lgs. 39/2013);
- ☒ di non nelle cause di inconferibilità di cui all'art.6, D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non nelle cause di inconferibilità di cui all'art.7, D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art.8 del D.Lgs. 39/2013;

e, ai fini delle cause di incompatibilità:

- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 9, comma 1 e comma 2, del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 10 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 12 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 13 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 14 del D.Lgs. 39/2013;

oppure

Farmacie Comunali S.r.l.
Via Belgio 16 - 63821 Porto S Elpidio
Codice Fiscale e Partita IVA 01550990442
Capitale sociale versato € 20.800,00

farmaciecomunalipse@pec.it
amministrazione.fcomunalipse@gmail.com
www.farmaciecomunalipertosantelpidio.it

- ☐ che sussistono le seguenti cause di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni sopra richiamate del D.lgs. 39/2013 (indicare puntualmente l'articolo di riferimento del D. Lgs n. 39/2013):

.....
.....
.....

e di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

- ☒ di essere in possesso dei requisiti di onorabilità e professionalità come richiesti dall'art. 11, c. 1, D.Lgs. 175/2016

DICHIARA, inoltre

- ☒ di non ricoprire ulteriori cariche e/o incarichi

oppure

- ☐ di ricoprire, altresì, le seguenti cariche e/o incarichi (indicandone il compenso annuo lordo/gettone):

Tipologia dell'incarico	Compenso annuo lordo
/	/
/	/
/	/
/	/

DICHIARA, infine

di essere informato su quanto disposto dall'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 circa l'obbligo di prestare la presente per l'attestazione ai fini dell'acquisizione dell'efficacia dell'incarico, sull'obbligo di rinnovarla annualmente, sulla sua pubblicazione nel sito web della FARMACIE COMUNALI S.r.l. nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

PORTO S. ELPIDIO 31/12/15

Luogo e data

Il Dichiarante (firma in originale)

Roberto Jone

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n.2016/679: I dati personali raccolti, nell'ambito del procedimento per il quale questa dichiarazione viene resa, saranno trattati anche con strumenti informatici, ai fini della pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet della FARMACIE COMUNALI S.r.l. secondo le disposizioni di cui al D. Lgs n. 33/2013.



**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED
INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DEL D.LGS. 39/2013**

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

ATTESTAZIONE RELATIVA ALL'ANNO 2019

Il/La sottoscritto/a MARIA GIUSEPPINA RIETI nato/a a PENNA S. GIOVANNI il 22/01/1962 residente a PORTO S. GIORGIO
Via/P.zza S. NIBBI n. 22/c Codice Fiscale R5546562A624436X
tel. _____, cell. 339/5912350, e-mail maria.giuseppina.rieti@pmi.rieto.com
in qualità di CONSIGLIERA, 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

DICHIARA

l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.39/ 2013,

in particolare, ai fini delle cause di inconferibilità:

- ☒ di non avere riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3 D.Lgs. 39/2013);
- ☒ di non avere svolto incarichi e ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in ente pubblico o in ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario regionale (artt. 4 e 5 D.Lgs. 39/2013);
- ☒ di non essere nelle cause di inconferibilità di cui all'art.6, D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non essere nelle cause di inconferibilità di cui all'art.7, D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art.8 del D.Lgs. 39/2013;

e, ai fini delle cause di incompatibilità:

- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 9, comma 1 e comma 2, del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 10 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 12 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 13 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 14 del D.Lgs. 39/2013;

oppure

- ☐ che sussistono le seguenti cause di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni sopra richiamate del D.lgs. 39/2013 (indicare puntualmente l'articolo di riferimento del D. Lgs n. 39/2013):

.....
.....
.....

e di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

- ☒ di essere in possesso dei requisiti di onorabilità e professionalità come richiesti dall'art. 11, c. 1, D.Lgs. 175/2016

DICHIARA, inoltre

- ☐ di non ricoprire ulteriori cariche e/o incarichi

oppure

- ☐ di ricoprire, altresì, le seguenti cariche e/o incarichi (indicandone il compenso annuo lordo/gettone):

Tipologia dell'incarico	Compenso annuo lordo

DICHIARA, infine

di essere informato su quanto disposto dall'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 circa l'obbligo di prestare la presente per l'attestazione ai fini dell'acquisizione dell'efficacia dell'incarico, sull'obbligo di rinnovarla annualmente, sulla sua pubblicazione nel sito web della FARMACIE COMUNALI S.r.l. nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

PORTO S. ELPIDIO 21/12/18
Luogo e data

Il Dichiarante (firma in originale)

Mario Giuffrè

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n.2016/679: I dati personali raccolti, nell'ambito del procedimento per il quale questa dichiarazione viene resa, saranno trattati anche con strumenti informatici, ai fini della pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet della FARMACIE COMUNALI S.r.l. secondo le disposizioni di cui al D. Lgs n. 33/2013.