

**DICHIARAZIONE AMMINISTRATORI DI SOCIETÀ IN CONTROLLO PUBBLICO
RESO/NEGATO CONSENSO SITUAZIONE PATRIMONIALE E REDDITUALE DEL
CONIUGE NON SEPARATO E DEI PARENTI ENTRO IL SECONDO GRADO**

AI SENSI DELL'ART. 14, c. 1, lett. f) D. LGS. n. 33/2013

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

La sottoscritta Belleggia Monia nata a [redacted] il [redacted] residente a [redacted]
[redacted] Codice Fiscale [redacted] tel. [redacted], cell
[redacted] e-mail [redacted] in qualità di Presidente del CDA,
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 CHE

il consenso alla pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali di cui all'art. 14 c. 1, lett. f) D. Lgs n.
33/2013 risulta come segue:

(barrare la tipologia di interesse)

☒ CONIUGE NON SEPARATO	☒ RESO	☒ NEGATO
☐ GENITORE/I	☐ RESO	☒ NEGATO
☐ FIGLIO/I	☐ RESO	☒ NEGATO
☒ NONNO/I	☒ RESO	☒ NEGATO
☒ NIPOTE/I	☒ RESO	☒ NEGATO

"Sul mio onore affermo che i dati contenuti nella presente dichiarazione corrispondono al vero"

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 Sant'Elpidio, li 17/02/2025
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.

**DICHIARAZIONE DELLA SITUAZIONE PATRIMONIALE E REDDITUALE DEGLI
AMMINISTRATORI DI SOCIETÀ IN CONTROLLO PUBBLICO**

AI SENSI DELL'ART. 14, c. 1, lett. f) D. LGS. n. 33/2013

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

La sottoscritta Belleggia Monia nata a [REDACTED] il [REDACTED] residente a [REDACTED]
[REDACTED] Via [REDACTED] Codice Fiscale [REDACTED] tel. [REDACTED] cell.
[REDACTED] e-mail [REDACTED], in qualità di Presidente del CDA,
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 che
la propria situazione patrimoniale e reddituale è quella risultante dall'allegato: UNICO/2024
presentato in data 30/07/2024

DICHIARA INOLTRE

a) di possedere in seguenti beni immobili:

BENI IMMOBILI (terreni e fabbricati)			
Tipologia (1)	Titolo (2)	Comune di ubicazione	Quote di titolarità
1)FABBRICATO	PROPRIETA'	PORTO SANT'ELPIDIO	100%
2) _____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____

(1) specificare terreno o fabbricato

(2) specificare se trattasi di : proprietà, comproprietà, superficie, enfiteusi, usufrutto, uso, abitazione, abitazione, servitù

b) di possedere in seguenti beni mobili registrati:

BENI MOBILI REGISTRATI IN PUBBLICI REGISTRI		
Autovetture (marca, modello, cilindrata)	Anno immatricolazione	Annotazioni
1)BMW Z4 SDRIVE 20I	2023	_____
2) _____	_____	_____
Motoveicoli (marca, modello, cilindrata)	Anno immatricolazione	Annotazioni
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
Imbarcazioni da diporto (marca, modello)	Annotazioni	
1) _____	_____	
2) _____	_____	

c) di possedere le seguenti azioni o partecipazioni in società:

Farmacie Comunali S.r.l.

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

farmaciecomunaliipse@pec.it
amministrazione.fcomunaliipse@gmail.com
www.farmaciecomunaliportosantelpidio.it

PARTECIPAZIONE IN SOCIETÀ			
Società (denominazione, sede)	Numero azioni o Quote possedute		Annotazioni
	Nr.	%	
1) _____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____

d) di avere svolto funzioni di amministratore o sindaco di società:

ESERCIZIO DI FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O SINDACO DI SOCIETÀ (che non comportino obbligo di autonoma dichiarazione)			
Società (denominazione, sede)	Natura dell'incarico		Compenso ricevuto
1) _____	_____		_____
2) _____	_____		_____

e) di avere assunto altri incarichi presso enti pubblici o privati:

ALTRI INCARICHI PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI (con oneri a carico della finanza pubblica)			
Ente/Società (denominazione, sede)	Natura dell'incarico		Compenso ricevuto
1) ORDINE PROV.LE CDL DI FERMO	CONSIGLIERE		NESSUN COMPENSO
2) _____	_____		_____

DICHIARA INOLTRE

(barrare la casella)

Relativamente al coniuge

di essere coniugato [SI] ☒ [NO] nominativo del coniuge _____

Relativamente alla parentela entro il secondo grado

di avere i seguenti parenti di secondo grado:

genitore padre	☒ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
genitore madre	☒ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
figlio nr.1	☒ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
figlio nr.2	☐ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
figlio nr.3	☐ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
figlio nr.4	☐ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
fratello/sorella nr.1	☒ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
fratello/sorella nr.2	☐ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
fratello/sorella nr.3	☐ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
fratello/sorella nr.4	☐ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____
nonno nr.1	☐ [SI]	☐ [NO]	nominativo	_____

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

nonno nr.2 [SI] [NO] nominativo _____
nipote nr.1 [SI] [NO] nominativo _____
nipote nr.2 [SI] [NO] nominativo _____
nipote nr.3 [SI] [NO] nominativo _____

Si raccomanda di barrare i campi non compilati

"Sul mio onore affermo che i dati contenuti nella presente dichiarazione corrispondono al vero"

PORTO SANT' ELPIDIO, li 17/02/2015

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.

DICHIARAZIONE SULL'ESISTENZA DI POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE DA PARTE DEGLI AMMINISTRATORI

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

La sottoscritta Belleggia Monia nata a [REDACTED] il [REDACTED] residente a [REDACTED]
[REDACTED] Via [REDACTED] Codice Fiscale [REDACTED] tel. [REDACTED], cell.
[REDACTED] e-mail [REDACTED], in qualità di Presidente del CDA,
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

relativamente all'incarico di Presidente del CDA,

CHE

☐ ai sensi dell'art. 53, c. 14, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., **si trova** nelle seguenti situazioni potenziali di conflitto d'interesse

_____;

☒ ai sensi dell'art. 53, c. 14, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., **NON si trova** in nessuna situazione, anche potenziale, di conflitto d'interessi;

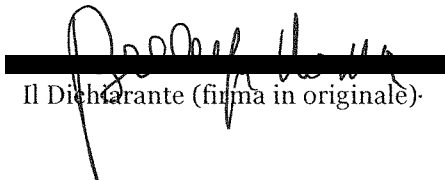
INOLTRE

☐ che ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., **svolge** incarichi e/o di **essere titolare** di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ovvero di **svolgere** attività professionale a favore di tali enti:

☒ che ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., **NON svolge** incarichi e/o di **NON essere titolare** di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ovvero di **NON svolgere** attività professionale a favore di tali enti

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 SANT'ELPIDIO, 17-02-2025
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.

**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 _____

La sottoscritta Belleggia Monia nata a _____ il _____ residente a _____
Via _____ Codice Fiscale _____, tel. _____, cell.
_____ e-mail _____, in qualità di Presidente del CDA,
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):

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

.....
.....
.....
.....
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
CONSIGLIERE ORDINE PROV.LE CDL DI FERMO	NESSUN COMPENSO

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 SANT'ELPIDIO, 17/02/2025

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.