

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

**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)

Il/La sottoscritto/a **PACCAPELO LIVIA** nato/a a **[REDACTED]** il
[REDACTED] residente a **[REDACTED]** Via /P.zza **[REDACTED]** Codice
 Fiscale **[REDACTED] 4R** tel. **[REDACTED]**, cell. **[REDACTED]** e-mail
[REDACTED]

in qualità di ☐ **Presidente** / ☒ **Membro 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** che la
 propria situazione patrimoniale e reddituale è quella risultante dall'allegato:
 _____ presentato in data _____

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	PROPRIETÀ	PORTO S. ELPIDIO	100/100
2) FABBRICATO	PROPRIETÀ	S. ELPIDIO A MARE	100/100
3) TERRENO	COMPROPRIETÀ	S. ELPIDIO A MARE	50/100

(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)		
2)		
Motoveicoli (marca, modello, cilindrata)	Anno immatricolazione	Annotazioni
1)		
2)		
Imbarcazioni da diporto (marca, modello)	Annotazioni	
1)		
2)		

Farmacie Comunali S.r.l.

Via Umberto I° nr. 736 - 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

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

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)			
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]	<u>[NO]</u>	nominativo	_____
genitore madre	<u>[SI]</u>	[NO]	nominativo	_____
figlio nr.1	<u>[SI]</u>	[NO]	nominativo	_____
figlio nr.2	<u>[SI]</u>	[NO]	nominativo	_____
figlio nr.3	[SI]	<u>[NO]</u>	nominativo	_____
figlio nr.4	[SI]	<u>[NO]</u>	nominativo	_____
fratello/sorella nr.1	<u>[SI]</u>	[NO]	nominativo	_____
fratello/sorella nr.2	[SI]	<u>[NO]</u>	nominativo	_____
fratello/sorella nr.3	[SI]	<u>[NO]</u>	nominativo	_____

Farmacie Comunali S.r.l.

Via Umberto I° nr. 736 - 63821 Porto S Elpidio
Codice Fiscale e Partita IVA 01550990442
Capitale sociale versato € 20.800,00

farmaciecomunali@pec.it
amministrazione.fcomunali@pec.it
www.farmaciecomunaliportosantelpidio.it

fratello/sorella nr.4	[SI]	☒ [NO]	nominativo _____
nonno nr.1	[SI]	☒ [NO]	nominativo _____
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 S. ELPIDIO 30.11.2023

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.



le disposizioni di cui al D. Lgs n. 33/2013.

Farmacie Comunali S.r.l.

Via Umberto I° nr. 736 - 63821 Porto S Elpidio
Codice Fiscale e Partita IVA 01550990442
Capitale sociale versato € 20.800,00

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

**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 2023

Il/La sottoscritto/a **PACCAPELO LIVIA** nato/a a [redacted] il
[redacted] residente a [redacted] Via /P.zza [redacted] Codice
Fiscale [redacted] - tel. [redacted], cell. [redacted] e-mail
[redacted]

in qualità di ☐ **Presidente** / ☒ **Membro 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. 39/20132;

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 Umberto I° nr. 736 - 63821 Porto S Elpidio
Codice Fiscale e Partita IVA 01550990442
Capitale sociale versato € 20.800,00

farmaciecomunali@pec.it
amministrazione.fcomunali@pec.it
www.farmaciecomunaliportosantelpidio.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 20.11.2023

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 S.r.l.

Via Umberto I° nr. 736 - 63821 Porto S Elpidio
Codice Fiscale e Partita IVA 01550990442
Capitale sociale versato € 20.800,00

farmaciecomunalse@pec.it
amministrazione.fcomunalse@gmail.com
www.farmaciecomunalseportosantelpidio.it

**DICHIARAZIONE SULL'ESISTENZA DI POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE,
SULLO SVOLGIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI DA PARTE DI TITOLARI DI
INCARICHI DI CONSULENZA E COLLABORAZIONE**

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

Il/La sottoscritto/a **PACCAPELO LIVIA** nato/a a [redacted] il
[redacted] residente a [redacted] Via /P.zza [redacted] Codice
Fiscale [redacted] - tel. [redacted], cell. [redacted] e-mail
[redacted]

in qualità di ☐ **Presidente** / ☒ **Membro 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

relativamente all'incarico di cui sopra,

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 S. ELPIDIO 30.11.2023

Luogo e data

Il Dichiarante (firma in originale)

[redacted signature]

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

Farmacie Comunali S.r.l.

Via Umberto I° nr. 736 - 63821 Porto S Elpidio
Codice Fiscale e Partita IVA 01550990442
Capitale sociale versato € 20.800,00

farmaciecomunali@pec.it
amministrazione.fcomunali@pec.it
www.farmaciecomunaliportosantelpidio.it