

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE
DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'**

Art. 20 D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013

All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Napoli

Il sottoscritto **dott. Fabio Migliardi** dichiara la propria disponibilità ad accettare la nomina a consulente fiscale dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Napoli.

Premesso di aver reso adeguata informazione sugli incarichi ricoperti, così come meglio relazionato nella dichiarazione di trasparenza resa ai sensi dell'art. 2400, co. 4, c.c. ed aver verificato:

DICHIARA

l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi e per gli effetti tutti del D.Lgs. n. 39/2013 e, in particolare, l'insussistenza delle cause di cui agli artt. 3,4,7,9,11,12,13 di cui si riporta la rubricazione:

Art. 3 – Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione;

Art. 4 – inconferibilità di incarichi nelle amministrazioni statali, regionali e locali a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati;

Art. 7. Inconferibilità di incarichi a componenti di organo politico di livello regionale e locale

Art. 9. Incompatibilità tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati nonché tra gli stessi incarichi e le attività professionali;

Art. 11. Incompatibilità tra incarichi amministrativi di vertice e di amministratore di ente pubblico e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali;

Art. 12. Incompatibilità tra incarichi dirigenziali interni e esterni e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali;

Art. 13. Incompatibilità tra incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali

- di essere stato informato che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale dell'Ordine dei Farmacisti della

Provincia di Napoli;

SI IMPEGNA

Ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. 39/2013, a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi

Trattamento dei dati

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato che, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Firma

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, overlapping loops and strokes, positioned over a horizontal line.

Allega fotocopia documento di riconoscimento.

REPUBLICCA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
LIVELLO DI AUTENTICITÀ
NAPOLI

COGNOME / SURNAME
MIGLIARDI
NOME / NAME
FABIO
1100006 DATA DI NASCITA /
PLACE AND DATE OF BIRTH
NAPOLI (NA) 05/04/1969
SESSO / SEX
M
174
EFFECTIVE DATE /
VALIDITY
01/04/2020
904793

Il Mio

REPUBLICCA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
LIVELLO DI AUTENTICITÀ
NAPOLI

COGNOME / SURNAME
MIGLIARDI
NOME / NAME
FABIO
1100006 DATA DI NASCITA /
PLACE AND DATE OF BIRTH
NAPOLI (NA) 05/04/1969
SESSO / SEX
M
174
EFFECTIVE DATE /
VALIDITY
01/04/2020
904793

Il Mio

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

3 Cognome
MIGLIARDI
4 Nome
FABIO
5 Data di nascita
05/04/1969
6 Numero di identificazione personale
MGLFBA69D05F839V
7 Numero di identificazione della tessera
SSN-MIN SALUTE - 500001
8 Numero di identificazione della tessera
80380001500305860642
9 Scadenza
15/04/2025

REPUBLICCA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale
MGLFBA69D05F839V
Cognome
MIGLIARDI
Nome
FABIO
Luogo di nascita
NAPOLI
Provincia
NA
Data di nascita
05/04/1969
Data di scadenza
15/04/2025

