

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI
INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, N.39**

(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Alla Fondazione dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di
Bologna
Al Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza
dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna

Il/La sottoscritto/a PAOLO MANFREDI nato/a a BOLOGNA il 21.12.1969

in relazione all'affidamento della carica di PRESDENTE

della **Fondazione dell' Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna** per l'anno 2023 *consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità*

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39.

In particolare, ai fini delle cause di inconferibilità dichiara:

- 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;
- 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 trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art.8 del D. Lgs.39/2013;

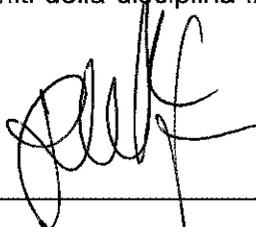
e, ai fini delle cause di incompatibilità dichiara:

- 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;

Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente la presente dichiarazione (ex art.20, comma 2 D. Lgs. 39/2013) ed a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente rendendo se del caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato, e rilascia il proprio consenso a che i dati personali forniti verranno diffusi sul sito web istituzionale per finalità di trasparenza o per altre finalità di pubblicità dell'azione amministrativa, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e nei limiti della disciplina in materia di protezione dei dati personali ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 9.02.2023



firma

Copia del documento d'identità

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI
INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, N.39**

(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Alla Fondazione dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di
Bologna
Al Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza
dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna

Il/La sottoscritto/a GABRIELLA CIERI nato/a a BIENNE il 16-10-1963
in relazione all'affidamento della carica di TESORIERE

della **Fondazione dell' Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna** per l'anno 2023 *consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità*

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39.

In particolare, ai fini delle cause di inconferibilità dichiara:

- 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;
- 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 trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art.8 del D. Lgs.39/2013;

e, ai fini delle cause di incompatibilità dichiara:

- 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;

Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente la presente dichiarazione (ex art.20, comma 2 D. Lgs. 39/2013) ed a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente rendendo se del caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato, e rilascia il proprio consenso a che i dati personali forniti verranno diffusi sul sito web istituzionale per finalità di trasparenza o per altre finalità di pubblicità dell'azione amministrativa, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e nei limiti della disciplina in materia di protezione dei dati personali ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 9.01.2023

Gabriella Cieri

firma

Copia del documento d'identità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, N.39

(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Alla Fondazione dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di
Bologna
Al Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza
dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna

Il/La sottoscritto/a BOCCHI MARIA LUISA nato/a a MODENA il 17/07/1956
in relazione all'affidamento della carica di SEGREARIO

della **Fondazione dell' Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna** per l'anno 2023 *consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità*

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39.

In particolare, ai fini delle cause di inconferibilità dichiara:

- 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;
- controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario regionale (art. 4 e 5 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 dichiara:

- 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;

Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente la presente dichiarazione (ex art.20, comma 2 D. Lgs. 39/2013) ed a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente rendendo se del caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato, e rilascia il proprio consenso a che i dati personali forniti verranno diffusi sul sito web istituzionale per finalità di trasparenza o per altre finalità di pubblicità dell'azione amministrativa, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e nei limiti della disciplina in materia di protezione dei dati personali ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 10/1/2023

Maria Luisa Boccia

firma

Copia del documento d'identità

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI
INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, N.39**

(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Alla Fondazione dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di
Bologna
Al Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza
dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna

Il/La sottoscritto/a VALERIA CADDEO nato/a a CASTELNOVO il 12-8-1963
MOATE
(RE)
in relazione all'affidamento della carica di SOCIO

della **Fondazione dell' Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna** per l'anno 2023 *consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità*

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39.

In particolare, ai fini delle cause di inconferibilità dichiara:

- 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;
- 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 trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art.8 del D. Lgs.39/2013;

e, ai fini delle cause di incompatibilità dichiara:

- 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;

Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente la presente dichiarazione (ex art.20, comma 2 D. Lgs. 39/2013) ed a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente rendendo se del caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato, e rilascia il proprio consenso a che i dati personali forniti verranno diffusi sul sito web istituzionale per finalità di trasparenza o per altre finalità di pubblicità dell'azione amministrativa, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e nei limiti della disciplina in materia di protezione dei dati personali ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 8.01.2023

Valeria Caddeo

firma

Copia del documento d'identità

Capo del documento d'identità
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI
INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, N.39**
(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Alla Fondazione dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di
Bologna
Al Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza
dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna

Il/La sottoscritto/a Stefano Guizzardi nato/a a S.G.Persic
BO il 29/08/1964 in relazione all'affidamento della cari
di socio

della Fondazione dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna per l'anno 2023 consapevole di
responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R.
445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la prop
personale responsabilità

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche
amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39.

In particolare, ai fini delle cause di inconferibilità dichiara:

- di non avere riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II di
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;
- controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario regional
(art. 4 e 5 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 dichiara:

- 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;

Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente la presente dichiarazione (ex art.20, comma 2 D.
Lgs. 39/2013) ed a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente
rendendo se del caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato, e rilascia il proprio consenso a che i dati personali forniti
verranno diffusi sul sito web istituzionale per finalità di trasparenza o per altre finalità di pubblicità dell'azione
amministrativa, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e nei limiti della disciplina in materia di protezione dei
dati personali ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 24/05/2024



firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SULL'INSUSSISTENZA
DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8
APRILE 2013, N.39**

(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Alla Fondazione dell'Ordine dei Farmacisti della
provincia di Bologna
Al Responsabile della Prevenzione Corruzione e
Trasparenza dell'Ordine dei Farmacisti della
Provincia di Bologna

Il/La sottoscritto/a LUCIA AGNETTI nato/a a MOLE il

06.11.1958 in relazione all'affidamento della carica

di Segretario

della **Fondazione dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna** per l'anno 2023

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39.

In particolare, ai fini delle cause di inconferibilità dichiara:

- 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;
- 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 trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art.8 del D. Lgs.39/2013;

e, ai fini delle cause di incompatibilità dichiara:

- 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;

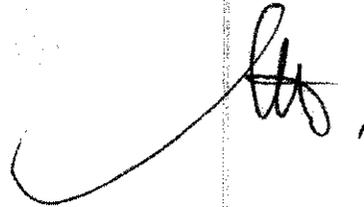
Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente la presente dichiarazione (ex art.20, comma 2 D. Lgs. 39/2013) ed a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente rendendo se del caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato, e rilascia il proprio consenso a che i dati personali forniti verranno diffusi sul sito web istituzionale per finalità di trasparenza o per altre finalità di pubblicità dell'azione amministrativa, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e nei limiti della disciplina in materia di protezione dei dati personali ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 20/05/24

firma

Copia del documento d'identità

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping initial 'M' followed by a smaller, more complex signature.