

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E DI INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI

Il sottoscritto, dott. Massimiliano Arrigoni, nato a [omissis], il [omissis]
residente in [omissis]
in relazione all'incarico di Presidente del Collegio dei Revisori dell'Ordine dei Farmacisti della
Provincia di Prato, ai sensi dell'art. 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, sotto la
propria responsabilità personale,

DICHIARA:

di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità previste dal D.lgs. 8 aprile 2013, n. 39;

di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità previste dal D.lgs. 8 aprile 2013, n. 39;

di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità previste dagli artt. 35-bis e 53 del D.lgs.
30 marzo 2001, n. 165;

di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre
2000, n. 445 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R., in caso di
dichiarazioni false o mendaci;

di essere informato che, ai sensi dell'art. 20, comma 3 del D.lgs. 39/2013, la presente
dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nella sezione Amministrazione
trasparente.

Con la sottoscrizione della presente il dichiarante autorizza il trattamento dei propri dati
personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.lgs. 196/2003 e s.m.i.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione eventuali
variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Prato, 13/11/2025

Firmato

Il Presidente del Collegio dei Revisori