



OFI FARMA
PIACENZA

ORDINE FISIOTERAPISTI

Modello di dichiarazione insussistenza cause di inconferibilità e incompatibilità

La/Il sottoscritto/a Pozzi Mirena, in relazione all'incarico dirigenziale
CONSIGLIERE per l'espletamento di funzioni _____ presso l'Ufficio
OFI FARMA - PIACENZA consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni
mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento
emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di inconferibilità ed incompatibilità a svolgere l'incarico indicate
dal d.lgs. n. 8 aprile 2013, n. 39.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto d.lgs. n.
39/2013.

Luogo e data LUGAGRATO, 25/06/2024

Firma