



OFI PARMA
PIACENZA

ORDINE FISIOTERAPISTI

Modello di dichiarazione insussistenza cause di inconferibilità e incompatibilità

La/ll sottoscritta/o POZZI MILENA, in relazione all'incarico dirigenziale CONSIGLIERE per l'espletamento di funzioni CONSIGLIERE presso l'Ufficio Ordine interprovinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di Parma e 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

Lugagnano Val d'Aude, 27/02/2025

Firma