

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O
INCOMPATIBILITA' ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: GIANFRANCO PICCIAU

Nato/a a: _____ ()

il: __/__/____

Premesso che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, i soggetti che ricoprono incarichi presso enti pubblici, ordini professionali o organismi di diritto pubblico devono attestare l'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013, in relazione all'incarico di **_PRESIDENTE_ dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano conferito con ELEZIONI 2024-2028.**

In particolare, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali né di essere stato/a destinatario/a di provvedimenti che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
- di non aver ricoperto incarichi o ruoli che, ai sensi del D.Lgs. 39/2013, determinano l'inconferibilità o l'incompatibilità con l'incarico in oggetto;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi che possano compromettere l'imparzialità e l'indipendenza nell'esercizio delle funzioni della carica ricoperta.

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Con la sottoscrizione della presente il/la 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/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data: 15/12/2025

FIRMA

* Il documento firmato in originale è depositato presso la sede dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O
INCOMPATIBILITA' ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: BRESCIANI ANGIOLINO EMANUELE

Nato/a a: _____ ()

il: __/__/____

Premesso che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, i soggetti che ricoprono incarichi presso enti pubblici, ordini professionali o organismi di diritto pubblico devono attestare l'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013, in relazione all'incarico di **_VICE PRESIDENTE_ dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano conferito con ELEZIONI 2024-2028.**

In particolare, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali né di essere stato/a destinatario/a di provvedimenti che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
- di non aver ricoperto incarichi o ruoli che, ai sensi del D.Lgs. 39/2013, determinano l'inconferibilità o l'incompatibilità con l'incarico in oggetto;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi che possano compromettere l'imparzialità e l'indipendenza nell'esercizio delle funzioni della carica ricoperta.

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Con la sottoscrizione della presente il/la 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/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data: 15/12/2025

FIRMA

* Il documento firmato in originale è depositato presso la sede dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O
INCOMPATIBILITA' ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: PIBIRI ISABELLA

Nato/a a: _____ ()

il: __/__/____

Premesso che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, i soggetti che ricoprono incarichi presso enti pubblici, ordini professionali o organismi di diritto pubblico devono attestare l'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013, in relazione all'incarico di **_SEGRETARIO_ dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano conferito con ELEZIONI 2024-2028.**

In particolare, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali né di essere stato/a destinatario/a di provvedimenti che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
- di non aver ricoperto incarichi o ruoli che, ai sensi del D.Lgs. 39/2013, determinano l'inconferibilità o l'incompatibilità con l'incarico in oggetto;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi che possano compromettere l'imparzialità e l'indipendenza nell'esercizio delle funzioni della carica ricoperta.

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Con la sottoscrizione della presente il/la 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/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data: 15/12/2025

FIRMA

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O
INCOMPATIBILITA' ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: PINNA JESSICA

Nato/a a: _____ ()

il: __/__/____

Premesso che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, i soggetti che ricoprono incarichi presso enti pubblici, ordini professionali o organismi di diritto pubblico devono attestare l'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013, in relazione all'incarico di **_TESORIERE_ dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano conferito con ELEZIONI 2024-2028.**

In particolare, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali né di essere stato/a destinatario/a di provvedimenti che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
- di non aver ricoperto incarichi o ruoli che, ai sensi del D.Lgs. 39/2013, determinano l'inconferibilità o l'incompatibilità con l'incarico in oggetto;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi che possano compromettere l'imparzialità e l'indipendenza nell'esercizio delle funzioni della carica ricoperta.

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Con la sottoscrizione della presente il/la 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/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data: 15/12/2025

FIRMA

* Il documento firmato in originale è depositato presso la sede dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O
INCOMPATIBILITA' ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: SCALAS VALENTINA

Nato/a a: _____ ()

il: __/__/____

Premesso che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, i soggetti che ricoprono incarichi presso enti pubblici, ordini professionali o organismi di diritto pubblico devono attestare l'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013, in relazione all'incarico di **_CONSIGLIERE_ dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano conferito con ELEZIONI 2024-2028.**

In particolare, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali né di essere stato/a destinatario/a di provvedimenti che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
- di non aver ricoperto incarichi o ruoli che, ai sensi del D.Lgs. 39/2013, determinano l'inconferibilità o l'incompatibilità con l'incarico in oggetto;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi che possano compromettere l'imparzialità e l'indipendenza nell'esercizio delle funzioni della carica ricoperta.

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Con la sottoscrizione della presente il/la 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/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data: 15/12/2025

FIRMA

* Il documento firmato in originale è depositato presso la sede dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O
INCOMPATIBILITA' ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: MUGHEDDU GIORGIA

Nato/a a: _____ ()

il: __/__/____

Premesso che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, i soggetti che ricoprono incarichi presso enti pubblici, ordini professionali o organismi di diritto pubblico devono attestare l'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013, in relazione all'incarico di **_CONSIGLIERE_ dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano conferito con ELEZIONI 2024-2028.**

In particolare, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali né di essere stato/a destinatario/a di provvedimenti che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
- di non aver ricoperto incarichi o ruoli che, ai sensi del D.Lgs. 39/2013, determinano l'inconferibilità o l'incompatibilità con l'incarico in oggetto;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi che possano compromettere l'imparzialità e l'indipendenza nell'esercizio delle funzioni della carica ricoperta.

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Con la sottoscrizione della presente il/la 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/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data: 15/12/2025

FIRMA

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O
INCOMPATIBILITA' ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: ANNIS LUIGI

Nato/a a: _____ ()

il: __/__/____

Premesso che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, i soggetti che ricoprono incarichi presso enti pubblici, ordini professionali o organismi di diritto pubblico devono attestare l'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013, in relazione all'incarico di **_CONSIGLIERE_ dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano conferito con ELEZIONI 2024-2028.**

In particolare, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali né di essere stato/a destinatario/a di provvedimenti che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
- di non aver ricoperto incarichi o ruoli che, ai sensi del D.Lgs. 39/2013, determinano l'inconferibilità o l'incompatibilità con l'incarico in oggetto;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi che possano compromettere l'imparzialità e l'indipendenza nell'esercizio delle funzioni della carica ricoperta.

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Con la sottoscrizione della presente il/la 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/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data: 15/12/2025

FIRMA

* Il documento firmato in originale è depositato presso la sede dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Oristano