

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ ALL'ATTO DELL'ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI PREPOSTI ALLA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE, ALL'ACQUISIZIONE DI BENI, SERVIZI E FORNITURE, CONCESSIONE O EROGAZIONE DI SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, AUSILI FINANZIARI O ATTRIBUZIONE DI VANTAGGI ECONOMICI A SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI (ART. 35 BIS, COMMA 1, LETTERA B, DEL D.LGS. N. 165/2001 E SS.MM.II.)**

Con la presente, io sottoscritto **MATTEO FALCONE**, nato a **SAN GIOVANNI**, con codice fiscale

consapevole che, ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'Amministrazione, comporta la incompatibilità prevista dall'art. 35 bis, comma 1, lettera b, del D.lgs. n. 165/2001; consapevole, altresì, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione e/o della documentazione ad essa allegata, decadrà dagli effetti per i quali la stessa è presentata.

**DICHIARA:**

di non svolgere incarichi, di non di rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali,

**ovvero**

☒ di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

A) **Organismo di vigilanza Farmacie Tifernati srl**

B) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con la struttura ai sensi dell'art. 53 c. 14 D.lgs 165/2001 e che

non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità ai sensi del D.lgs 39/2013 a svolgere incarichi nell'interesse della struttura.

Luogo e data **24.11. 2025**

Firma