OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI

E DI COLLABORAZIONE O CONSULENZA

(Art. 15 Decreto Legislativo 14/03/2013 n. 33 c. 1 e 2)

Il sottoscritto ai sensi dell'Art. 15 del Decreto Legislativo 14/03/2013 n. 33

Cognome Pasetti

Nome Fabiana

Incarico in Azienda Farmacista

Dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/00

- *che in aggiunta all'incarico* con l'Azienda Farmaceutica Municipalizzata di Crema svolge incarichi professionali, *o è titolare di cariche in altri enti* pubblici o privati regolati o finanziati da una Pubblica Amministrazione.

Ente	Incarico/Carica

Data Il Dichiarante

7/7/25

ALLEGATO 2

ANNO COMPETENZA 2025

DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI

DI CUI AL D.LGS. 39 DEL 2013

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto

Cognome *Pasetti*

Nome Fabiana

Codice fiscale PST FBN 87R46 F205Z

Incarico in Azienda Farmacista

in attuazione del disposto di cui all'art. 20, comma 2, del D.lgs. 39/2013 e consapevole delle responsabilità civili e penali e amministrative relative a dichiarazioni false e mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la

Farmaceutica Municipalizzata di Crema e, con la firma in calce, di prestare il relativo consenso anche ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE 679/2016;

d. allega copia del documento di identità fronte-retro in corso di validità

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda Farmaceutica Municipalizzata di Crema ogni e qualsivoglia mutamento della situazione dichiarata.

Data Il Dichiarante

7/7/25

NB: Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica fronte-retro non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.