ALLEGATO 1

ANNO COMPETENZA 2025

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	Petriccione
Nome	Angelica
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

- ○ **si allega Curriculum Vitae aggiornato, datato e sottoscritto**.

Con la firma in calce l'interessato presta il relativo consenso al trattamento dei propri dati personali anche ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE 679/16 per la finalità correlata alla presente auto-dichiarazione.

Data

03/07/2025

Il Dichiarante



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	Petriccione
Nome	Angelica
Codice fiscale	PTR NLC 90L63 I690Q
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 propria personale responsabilità

Dichiara

a) che non sussiste alcuna causa di incompatibilità o inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39/2013 per lo svolgimento del proprio incarico presso l'Azienda Farmaceutica Municipalizzata di Crema;
b) di non incorrere nei divieti dell'art. 53 comma 16 — ter D.lgs. 165/01 e art. 21 D.lgs. 39/13;
c) di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet dell'Azienda 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

03/07/2025

Il Dichiarante

Angelica Petriccione

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.