

## DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' O CONFLITTO D'INTERESSE

Il/La sottoscritto/a PAOLO SORDI, nato/a CASTELFIORENTINO il 08.08.1965 nominato/a con verbale dell'Amministratore Unico delle Farmacie Comunali Castelfiorentino S.R.L. n. 47 del 15.11.2024 in relazione all'incarico di:

- o Componente della Commissione
- o Segretario della Commissione

della SELEZIONE PUBBLICA PER SOLI ESAMI PER L'ASSUNZIONE DI N. 2 FARMACISTI COLLABORATORI CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO E/O DETERMINATO, PIENO O PARZIALE

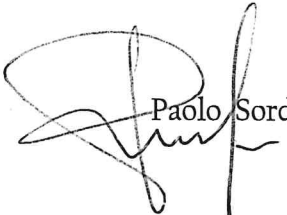
Preso visione dell'elenco dei partecipanti al citato concorso;

**dichiara**

ai sensi dell'articolo 11, comma 1 e dell'articolo 9, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487 e dell'articolo 35-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e consapevole delle sanzioni di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. ai caso di dichiarazioni mendaci

di non incorrere in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla legge rispetto alla carica di componente della commissione esaminatrice sopramenzionata;

Castelfiorentino, 18 novembre 2024

  
Paolo Sordi