

DICHIARAZIONE RELATIVA AI MEMBRI DI COMMISSIONI GIUDICATRICI

Il sottoscritto **SEBASTIANO DI GUARDO** nato a **AUGUSTA (SR)** il **20/04/1982** residente in **SIRACUSA (SR)** via **VICOLO ALLA BAGNARA n. 14** cap **96100** codice fiscale **DGRSST82D20A494Y**

nominato/a con determina dell'Amministratore Unico di Forlifarma S.p.a. del 11 giugno 2025 membro esterno della commissione giudicatrice per l'avviso di selezione interna per la direzione di farmacie gestite da Forlifarma Spa, in qualità di:

- Presidente della Commissione
 Componente della Commissione effettivo

DICHIARA

- di accettare l'incarico conferito;
 di non accettare l'incarico conferito.

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 e della conseguente decadenza dai benefici di cui all'art. 75 del citato decreto:

- Non sussistono condizioni d'incompatibilità per la nomina a membro/presidente della Commissione giudicatrice per l'avviso di selezione pubblica per la direzione di farmacie gestite da Forlifarma Spa;
- Non è stato/a condannato/a anche con sentenza passata in giudicato per i reati contro la pubblica amministrazione, previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del Codice penale.
- Che, presa visione dell'elenco dei partecipanti alla procedura di cui sopra, non sussiste fra lo stesso e i suddetti partecipanti alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 1, comma 41, della Legge n. 190/2012 né alcuna delle cause di astensione previste dall'art. 51 del Codice di Procedura Civile.

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è Forlifarma S.p.a.

Luogo e data

..... *SDG* 21/06/2025

Allegare copia del documento di riconoscimento

FIRMA DELL'INTERESSATO

..... *[Signature]*