

Ordine Farmacisti della Provincia di Udine

Via Divisione Julia 30

33100 UDINE

**OGGETTO: Dichiarazione assenza cause di incompatibilità ed incarichi in corso presso Enti Pubblici**

La sottoscritta Paola Pozzo, nata a UDINE il 26.09.1968 e residente a UDINE in Viale Venezia n. 109, CF PZZPLA68P66L483W,

**DICHIARA**

- 1) che non sussistono cause di ineleggibilità e incompatibilità con l'incarico di consulente dell'Ente;
- 2) di non trovarsi in conflitto di interessi con l'Ente;
- 3) di non svolgere attualmente altri incarichi presso altri Enti Pubblici fatta eccezione per l'incarico di sindaco effettivo della società SSM spa il cui socio di maggioranza è Comune di Udine.

La sottoscritta autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente, ai fini del procedimento di cui all'oggetto.

Udine, li 17/05/2022

Allegati:

- a) Fotocopia documento d'identità in corso di validità.

In fede  
