

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

La sottoscritta Elga Collavoli, nata a XXXXXXXXXXXX, nominata con verbale dell'Amministratore Unico delle Farmacie Certaldo S.R.L. n. 03/2024 in relazione all'incarico di:

Componente della Commissione

della SELEZIONE PUBBLICA PER SOLI ESAMI PER L'ASSUNZIONE A TEMPO

INDETERMINATO CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO DI N. 1

FARMACISTA COLLABORATORE PRESSO FARMACIE CERTALDO S.R.L.

Presa 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. in 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, 27/01/2025

Elga Collavoli

