

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'**

Spett.le  
FARMA.NET SCANDICCI SPA  
Via Pisana, 36B  
50018 Scandicci

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto Dott. SIMONE CECCHI nato a Firenze (FI) il 03.06.1962 residente a Carmignano (PO) – Via Pineta n. 25, in qualità di titolare dello Studio Dott. Simone Cecchi, avente sede in Signa (FI) – Via dei Colli n. 238/F, C.F. CCCSMN62H03D612W – P.IVA 04635340484 (incarico professionale), ai sensi del D.Lgs. n.33/2013 e s.m., consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

che non sussistono situazioni anche potenziali di conflitto di interessi in relazione all'attività svolta per la Vostra Azienda.

Luogo e data

Signa, 06/07/2017

Il dichiarante  
(Firma leggibile per esteso)

Dott. Simone Cecchi

