

## **A.F.C. Farmacom**

**Informazioni di cui all'art. 14, co. 1, lettere da c) ad e), D. Lgs. 33/2013**

|                                                                         |                         |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>I</b>                                                                |                         |
| <b>NOME PAOLO</b>                                                       | <b>COGNOME MASSAINI</b> |
| <b>II</b>                                                               |                         |
| <b>EMOLUMENTI COMPLESSIVI PERCEPITI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA</b> |                         |
| INDENNITÀ DI 2650,00€ MENSILI LORDI                                     |                         |

**Data**

**15/01/2025**

**Firma del dichiarante**

**Modulo firmato in originale e  
conservato nella sede societaria**