

"Dichiarazione insussistenza cause di inconferibilità e incompatibilità"

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a LABALLA ROBERTO  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il 1955  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(comune di residenza) (prov.)

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo),

nella qualità di CONSIGLIERE DI AMM. 2° GRADO PITECNOMIO E COP. CONSOM. SIDA  
(inserire incarico ricoperto presso l'ente)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000;  
Consapevole che la dichiarazione, ai sensi del comma 4 dell'art. 20 del D. Lgs. 39/2013, "è condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico".  
Visto il D.Lgs. 39/2013

**DICHIARA**

l'insussistenza delle condizioni di incompatibilità e inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico previste dal d.lgs. n. 39 del 2013.

Luogo e data

Il / La Dichiarante

Palermo, 24/11/2016

Si allega copia fotostatica del documento di identità.

**Informativa ai sensi dell' art. 13 del Decreto legislativo n.196/03:  
i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.**