

"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 ___IGNACCOLO_____ MATTEO
(cognome) (nome)
nato/a a _____ il _____ 1958_____
(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 AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZ. MARIDA CORRENTI
(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

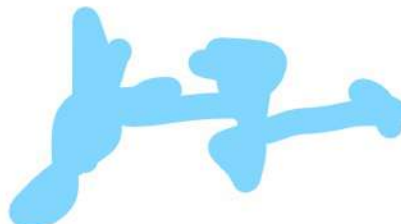
DICHIARA

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

_____ 19 10 2021



Si allega copia fotostatica del documento di identità.