



**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E  
INCOMPATIBILITA'**  
(art.20, d.lgs. n. 39/2013)

Il/la sottoscritto/a CAPELLANI MARCO  
(Cognome e Nome)

In relazione al conferimento della carica a incarico di:

<u>CONSIGLIERE AMMINISTRAZIONE</u>

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre altresì nella decadenza dei benefici (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000);

e consapevole altresì che, ai sensi dell'art. 20, co.5, d.lgs. n. 39/2013, ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace accertata dall'amministrazione, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al medesimo decreto legislativo per un periodo di cinque anni;

**DICHIARA**

- a) di non trovarsi in alcuna delle situazioni previste dal d.lgs. n. 39/2013 quali causa di **inconferibilità** in relazione all'incarico o carica di cui sopra;
- b) di non trovarsi in alcuna delle situazione previste dal d.lgs. n. 39/2013 quali causa di **incompatibilità** in relazione all'incarico o carica di cui sopra;

**E SI IMPEGNA**

ad informare immediatamente l'ASP di ogni sopravvenuto mutamento delle circostanze oggetto della presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per effetti di cui al d.lgs.n.196/2003 del fatto che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene presentata.

Luogo e data REGGIO E 19.12.12

Firma   
(per esteso e leggibile)

**Si allega:**

Fotocopia fronte- retro non autenticata di documento di identità