

Allegato)

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 DR. ANTONIO RINALDI
(cognome) (nome)
nato/a a CAPACCIO (SA) il 28/06/1966
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)
residente a CAPACCIO (SA)
VIALE DELLA REPUBBLICA (comune di residenza) n. 150 (prov.)
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
previste dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

ai sensi dell'art. 20 D.lgs 39/2013

DICHIARA

all'atto del conferimento di incarico di **Responsabile d'Area o Servizio**, l'insussistenza delle
condizioni ostative previste dai Capi III e IV del d.lgs. n. 39 del 2013, nonché l'insussistenza delle
condizioni di incompatibilità all'incarico di **Responsabile di Area o Servizio** di cui ai Capi V e VI del
d.lgs. n. 39 del 2013.

Luogo e data

CAPACCIO, 18/01/2018



Il/ La Dichiarante

Dr. Antonio Rinaldi

Al sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in
presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non
autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente.

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.

COMUNE DI CAPACCIO PAESTUM
Ufficio Protocollo
Protocollo N.0002283/2018 del 18/01/2018