

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DI INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' E CONFLITTO DI INTERESSI ALLA NOMINA O DESIGNAZIONE PER INCARICHI PRESSO LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI, ENTI PUBBLICI O ENTI DI DIRITTO PRIVATO

La sottoscritta DENTI RAFFAELINA nata a XXXXXX il XXXXXX residente a XXXXXX indirizzo VIA XXXXXX n. civico XXXXXX

codice fiscale XXXXXX

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC): XXXXXXX

telefono XXXXXXX,

con riferimento all'attribuzione dell'incarico di Revisore dei Conti, nominata con delibera del Consiglio Comunale n. 23 del 06/08/2019,

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

1. Che non sussistono le ipotesi di ineleggibilità ed incompatibilità previste dall'articolo 236 del D. Lgs. n. 267/2000;
2. Di non aver svolto l'incarico per più di due volte consecutive presso l'ente;
3. Di rispettare i limiti di assunzione d'incarichi di cui all'art. 238 del D. Lgs. n. 267/2000.

DICHIARA INOLTRE

di svolgere attualmente la seguente attività lavorativa: Revisore dei Conti

presso: Comune di Olzai, dal 06/08/2019.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 ai fini del procedimento di cui all'oggetto.

Allegati:

- A) Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;

Nuoro 06/08/2019

Firma


