

## 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 10/08/2022

Firma

  
