



**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013**
(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto VERONICA FATTORI nato a MODENA il 3/12/1977, in qualità di RESPONSABILE SERVIZIO SUAP, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamato l'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

☒ di non ricoprire ulteriori cariche e/o incarichi

☐ di ricoprire altresì le seguenti cariche e/o incarichi:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

☒ che non sussistono cause di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alle stesse

☐ che sussistono la/e seguente/i causa/e di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi dell'art. _____
(indicare puntualmente l'art. di riferimento del D.Lgs. n. 39/2013).

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto D.Lgs. 39/2013

Castelfranco Emilia, lì 03/12/2018

Il dichiarante

Originale firmato digitalmente

