

**DICHIARAZIONE
DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'**

(ai sensi del Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39)

Il/La sottoscritto/a **DANILO SPAGOLLA** nato/a a **BORGO VALSUGANA**, provincia di **TRENTO** il **23/06/1975** nominato in qualità di **CONSIGLIERE** nell'azienda **FARMACIA COMUNALE DI CASTELNUOVO S.R.L.**

Visti

- la Legge 6 novembre 2012, n. 190;
- il Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n.39;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445
- il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- il Titolo II, Capo I, del Libro II del Codice Penale;

Consapevole

- delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché della sanzione di inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.LGs 8 aprile 2013 n. 39 , per un periodo di cinque anni, sotto la propria responsabilità ,

DICHIARA

- di non versare in alcuna delle cause di inconferibilità ed incompatibilità di incarico previste dal D.Lgs 8 aprile 2013 n. 39 " Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico a norma dell'art. 1 commi 49 e 50 della l. 6 novembre 2012 n. 190".
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali informazioni inerenti a cause di incompatibilità che dovessero verificarsi nel corso dell'incarico;
- di essere a conoscenza che tale dichiarazione, da rinnovarsi ogni anno, sarà pubblicata come stabilito dall'art. 20 del suddetto Decreto Legislativo,
- di essere a conoscenza che i dati in essa contenuti saranno trattati come stabilito dal suddetto Decreto Legislativo , con modalità conformi al Codice per la protezione dei dati personali (D.Lgs 193/2003 e Reg. UE 679/2016)

Data e luogo

SCURELLE, 9 MAGGIO 2022

In fede



Allegato :

documento identità valido

Scambio dati /trasparenza/dichiarazione incompatibilità)