

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA'

ANNO 2017

Il/La sottoscritto/a **SIMONA ANGELINI**

Nato/a a **ROMA** il **07/09/1963**

in qualità di **CONSIGLIERE CDA** di **ENTE ACQUE UMBRE TOSCANE**

- ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013, "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n.190";
- ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R. n.445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

**-di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità/incompatibilità di incarichi previste dal D.Lgs. n. 39/2013;**

INOLTRE DICHIARA

**-di impegnarsi a comunicare tempestivamente il sopravvenire di cause di incompatibilità di cui al D.Lgs. n.39/2013, dandone immediato avviso all'Ente Acque Umbre Toscane;**

**-di essere consapevole che ogni dichiarazione mendace, accertata dall'amministrazione, comporta la decadenza dall'incarico , decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato, nonché la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n. 39/2013 per un periodo di 5 anni, ed ogni altra conseguenza prevista dall'art.76, comma 1, del citato D.P.R. n.445/2000;**

**-di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e del D.Lgs.n.33/2013;**

Data **06/07/2017**

Firma

