

Oggetto: dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità

Il/La sottoscritto/a ROSSI ROSANNA
nato/a a OLGIATE COMASCO il 09/07/1955 I.C.F. RSS RMN 55 L42 G025L

in merito al conferimento dell'incarico di:

- COMPONENTE CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE ONLUS CASA DI RIPOSO CITTA' DI OLGIATE COMASCO ETS";

consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R., n. 445/2000),

DICHIARA

di trovarsi in una delle seguenti ipotesi

1. assenza delle fattispecie di cui all'art. 2382 del Codice Civile alla nomina di cui sopra.
2. assenza delle fattispecie di cui all'art. 5 comma 9 del D.L. 90/2014 alla nomina di cui sopra.
3. assenza di alcuna causa di inconferibilità e/o incompatibilità, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013, all'assunzione di detto/i incarico/incarichi.
4. sussistenza della/delle seguente/i causa/e di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D.Lgs. n. 39/2013

5. sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D.Lgs. n. 39/2013

e di impegnarsi, a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs. n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

Inoltre, il/la sottoscritto/a, con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

6. di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale del COMUNE DI OLGiate COMASCO e di autorizzare espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Data

12/11/2019

Firma

Roberto Lombardi

Oggetto: dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità

Il/La sottoscritto/a FRIGERIO ANGELO
nato/a a INTIMIANO (CO) il 23.10.1948 I.C.F. FRGNGL48R23B653D

in merito al conferimento dell'incarico di:

- COMPONENTE CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE ONLUS CASA DI RIPOSO CITTA' DI OLGiate COMASCO ETS";
consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R., n. 445/2000),

DICHIARA

di trovarsi in una delle seguenti ipotesi

1. assenza delle fattispecie di cui all'art. 2382 del Codice Civile alla nomina di cui sopra.
2. assenza delle fattispecie di cui all'art. 5 comma 9 del D.L. 90/2014 alla nomina di cui sopra.
3. assenza di alcuna causa di inconferibilità e/o incompatibilità, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013, all'assunzione di detto/i incarico/incarichi.
4. sussistenza della/delle seguente/i causa/e di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D.LGS. n. 39/2013

5. sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D.LGS. n. 39/2013

e di impegnarsi, a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs. n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

Inoltre, il/la sottoscritto/a, con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

6. di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale del COMUNE DI OLGiate COMASCO e di autorizzare espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Data 12-11-2019

Firma



Oggetto: dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità

Il/La sottoscritto/a BLANCHI ANGELO
nato/a a OLGIATE il 28-12-1953 C.F. BNCNGL53T286025A
COMASCO
in merito al conferimento dell'incarico di:

- COMPONENTE CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE ONLUS CASA DI RIPOSO CITTA' DI OLGIATE COMASCO ETS";
consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R., n. 445/2000),

DICHIARA

di trovarsi in una delle seguenti ipotesi

1. assenza delle fattispecie di cui all'art. 2382 del Codice Civile alla nomina di cui sopra.
2. assenza delle fattispecie di cui all'art. 5 comma 9 del D.L. 90/2014 alla nomina di cui sopra.
3. assenza di alcuna causa di inconferibilità e/o incompatibilità, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013, all'assunzione di detto/i incarico/incarichi.
4. sussistenza della/delle seguente/i causa/e di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D.Lgs. n. 39/2013

5. sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D.Lgs. n. 39/2013

e di impegnarsi, a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs. n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

Inoltre, il/la sottoscritto/a, con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

6. di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale del COMUNE DI OLGiate COMASCO e di autorizzare espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Data 12/11/2019

Firma 