

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

Il/La sottoscritto/a ROSSI ROSAMMA  
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

10/11/2020

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. FRGNGL48R23B6539

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.

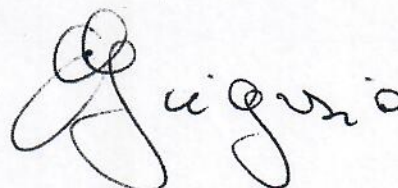
Inoltre, il/la sottoscritto/a, con la sottoscrizione del presente documento,

#### **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 10-11-2020

Firma

 *Guiguo*



**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

10/11/2020

Firma

