

Dichiarazione conferma assenza cause di incompatibilità ai sensi dell'art. 20 del Dlgs n. 39/2013

Il/La sottoscritto/a _____ TEREZIANI MASSIMO _____, Dirigente del Settore _____SERVIZI SOCIALI _____, con riferimento all'incarico di direzione del Settore _____ “_Servizi Sociali_” conferito in data _22/04/2021_____ con provvedimento sindacale prot _23367____, ai sensi dell'art. 20, comma 2, del decreto legislativo del 8 aprile 2013 n. 39, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che, rispetto a quanto già precedentemente dichiarato:

non sono intervenute cause di incompatibilità ai sensi del medesimo decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni e/o integrazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Carpi, data della firma digitale 04/10/2022

Il dichiarante

_____ *documento firmato digitalmente*