

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

Il sottoscritto **MARIO FERRARI** _____,
Dirigente del Settore **SERVIZI AL PERSONALE** _____,
con riferimento all'incarico di direzione del Settore **2 "SERVIZI AL PERSONALE"** conferito a
far data dal **1° novembre 2020** con provvedimento sindacale prot. **52710/2020** 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

Il dichiarante

MARIO FERRARI

documento firmato digitalmente