

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE  
DI INCOMPATIBILITA'**  
**(art. 20, comma 2, D.Lgs. n.39 del 8.4.2013)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in relazione all'incarico membro del Consiglio di Amministrazione dell' Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “**CHARITAS- A.S.P: SERVIZI ASSISTENZIALI PER DISABILI ” di Modena**” richiamato l'art.47 D.P.R. 445/2000 (*dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà*)

**DICHIARO**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 9, comma 2, del D.Lgs. n 39/2013:

- di **non** svolgere in proprio attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dalla Provincia di Modena;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 11, comma 1,del D.Lgs. n 39/2013:

- di **non** ricoprire la carica di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, o di parlamentare.

ai sensi e per gli effetti dell'art. 11, comma 3,del D.Lgs. n 39/2013:

- di **non** essere componente di organi di indirizzo in enti di diritto privato controllati dalla Regione nonchè da Province o Comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o da una forma associativa tra Comuni avente la medesima popolazione, ricompresi nel territorio regionale;
- di **non** essere componente della Giunta o del Consiglio della Provincia di Modena o di altra Provincia o di un Comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra Comuni avente la medesima popolazione, ricompresi nel territorio regionale.

Mi impegno ad informare immediatamente la Provincia di Modena di ogni evento che modifichi la presente dichiarazione.

Modena, lì .....

Firma -----

**N.B:** La dichiarazione deve essere sottoscritta in presenza del funzionario addetto alla ricezione ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore.

---