

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E DI
INCOMPATIBILITÀ DI CUI ALL'ARTICOLO 20 DEL D.LGS. N. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a GRAZIA ALBERTINI... nato/a a BRESCIA..... il 03/01/1965....., in
relazione all'incarico di RESPONSABILE...SERVIZI...FINANZIARI...ISTRUZIONE...CULTURA,
sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze giuridiche previste in caso di
dichiarazioni false e/o mendaci,

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto
legislativo n. 39/2013;

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente all'Ente eventuali variazioni del contenuto della presente
dichiarazione e a rinnovare annualmente la dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità, ai
sensi dell'art. 20, co. 2, d.lgs. 39/2013.

Vestone, li 27/01/2021.....

Firma del dichiarante

.....
