

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E/O INCOMPATIBILITÀ, AI  
SENSI DELL'ART. 20 DEL D.LGS. N. 39/2013

Il/La sottoscritto Ruvolo Giovanni

██████████ ██████████

██████████ in merito al conferimento dell'incarico

di:

- Membro del consiglio di amministrazione Ri.MED

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 di alcuna causa di inconferibilità e/o incompatibilità, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013, all'assunzione di detto/i incarico/incarichi;
2.  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

3.  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**

4. 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 web della Fondazione Ri.MED 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 06/03/2023

Firma  \_\_\_\_\_