

**DICHIARAZIONE ANNUALE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ
(art. 20, comma 2, D.Lgs. 39/2013)**

Io sottoscritto MARIANI ROBERTO - C.F. MRNRRT59C12F257I
in qualità di componente del Consiglio di amministrazione di "ASP Ghirlandina Modena" in
rappresentanza del Comune di Modena

Visto il D.Lgs. 39/2013

Richiamato l'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76
dello stesso D.P.R.

Consapevole, inoltre, che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, ferma restando ogni altra
responsabilità, la dichiarazione mendace comporta la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui
al decreto stesso per un periodo di 5 anni

Consapevole, infine, che la presente dichiarazione sarà pubblicata nel sito istituzionale del
Comune di Modena

DICHIARO

- di non trovarmi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui agli artt. 9 e 11 del D.Lgs.
39/2013

MI IMPEGNO

- ad informare immediatamente il Comune di Modena di ogni evento che modifichi la presente
dichiarazione.

Modena, li 23/12/2017

Firma 