

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

Io sottoscritta NUZZO CLOTILDE- C.F. NZZ CTL 83R69 F257C  
in qualità di componente del consiglio di amministrazione dell'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 19/12/2025

Firma  
