

"Allegato)

Dichiarazione insussistenza cause di inconferibilità e incompatibilità"

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a DR. ANTONIO RINALDI  
(cognome) (nome)  
nato/a a CAPACCIO (SA) il 28/06/1966  
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)  
residente a CAPACCIO (SA) (prov.)  
(comune di residenza) n. 150  
VIALE DELLA REPUBBLICA (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

Visto l'art. 20 D.lgs 39/2013

**DICHIARA**

Al/atto del conferimento di incarico di **Responsabile d'Area o Servizio**, l' insussistenza delle condizioni ostative previste dai Capi III e IV del d.lgs. n. 39 del 2013, nonché l'insussistenza delle condizioni di incompatibilità all'incarico di Responsabile di Area o Servizio di cui ai Capi V e VI del d.lgs. n. 39 del 2013.

Luogo e data

CAPACCIO, 28/01/2016

Il/ La Dichiarante

Dr. Antonio Rinaldi

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente.

**Informativa ai sensi dell' art. 13 del Decreto legislativo n.196/03:**

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

COMUNE DI CAPACCIO  
Ufficio Protocollo  
Protocollo N. 0002811/2016  
del 27/01/2016