

Al Comune di Sora

OGGETTO: Dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità.

Il/La sottoscritto/a LAQUONE AMEDEO,
nato/a a SORA il 02.10.1964 in qualità di
ASSESSORE A SERVIZIO SOCIALE del Comune di Sora,

consapevole delle sanzioni penali , nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

in adempimento dell'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013, l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità ai sensi e per gli effetti tutti del D. Lgs n. 39/2013 ed, in particolare, l'insussistenza delle cause di cui agli artt. 3, 4, 7, 9, 11, 12, 13 e 14.

Il/La Sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e, in ogni caso, a presentare dichiarazione annuale sull'insussistenza di tutte le indicate cause di incompatibilità ed inconferibilità.

Si allega fotocopia di documento d'identità in corso di validità.

Sora, li 11.11.2015

Il dichiarante

