

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE – ANNO 2019
(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ
ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI ALL'ART. 20 D.LGS. 8 APRILE 2013, N.39

Il sottoscritto **BERTOLDO FULVIO**
Nato a **BONAVIGO (VR)**
Residente a **COLOGNA VENETA (VR)** via -----, ---
 In qualità di:
• **RESPONSABILE DELL'AREA CONTABILE DEL COMUNE DI BONAVIGO**

premesse che:
il comma 2 dell'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 numero 39 (*"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1 co. 49 e 50 della legge 6 novembre 2012 numero 190"*) dispone che il titolare di incarichi depositi annualmente una dichiarazione circa l'assenza di cause di incompatibilità (*"nel corso dell'incarico l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità"*);

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguenza decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., informato che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che **non sussistono** cause di **inconferibilità e/o incompatibilità** previste dal D.Lgs. n. 39/2013;

che sussistono le seguenti cause di **inconferibilità** previste dal D.Lgs. n. 39/2013 relativamente ai seguenti incarichi e/o cariche:

Carica / Incarico Ricoperto	Articolo di riferimento del D.Lgs. 39/2013

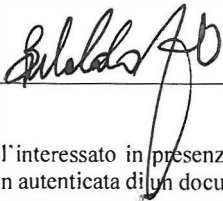
che sussistono le seguenti cause di **incompatibilità** previste dal D.Lgs. n. 39/2013 relativamente ai seguenti incarichi e/o cariche:

Carica / Incarico Ricoperto	Articolo di riferimento del D.Lgs. 39/2013

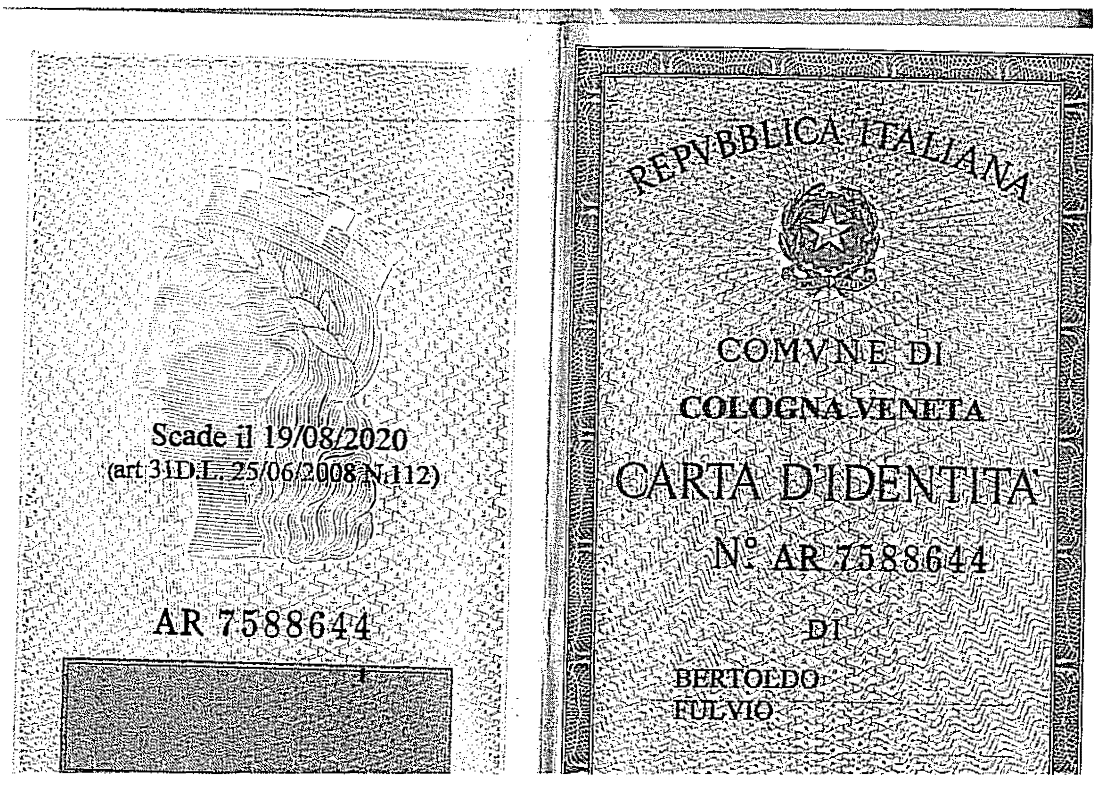
SI IMPEGNA

a rendere analoga dichiarazione **con cadenza annuale**.

Luogo_ Bonavigo, li 03/01/2019



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



Cognome **BERTOLDO**
 Nome **FULVIO**
 nato il **10/04/1965**
 (atto n. **6** P. **IS** **A**)
 a **BONAVIGO**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **COLOGNA VENETA**
 Via **VIA** **N. I.**
 Stato civile **-----**
 Professione **-----**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1,82**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **VERDI**
 Segui particolari **== 1**


 Firma del titolare *Fulvio Bertoldo*
Cologna V. tal. **20/08/2010**
 Impronta del dito

IL SINDACO
D'ORDINE DEL SINDACO
(Castagnaro Giuseppe)
