

Allegato n. 3

**CANDIDATURA PER LA NOMINA A REVISORE DEI CONTI
DEL COMUNE DI OSPEDALETTO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. (____) il ____/____/____

residente a _____, Prov. (____) C.A.P. _____

in Via _____, n. _____

Codice _____ Fiscale _____
_____;

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del medesimo decreto,

DICHIARA

- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità e ineleggibilità previste dall'articolo 209 della L.R. 3 maggio 2018 n. 2 e s.m.
- di non aver riportato condanne ad una pena che importa l'interdizione dai pubblici uffici, l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione e di essere in assenza di condizioni di inconferibilità ed incompatibilità di incarico previste dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e dagli articoli 76, 77 e 79 della L.R. 3 maggio 2018 n. 2 e s.m.
- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con interessi personali, del coniuge, dei conviventi, dei parenti ed affini entro il secondo grado;
- di rispettare il limite di affidamento degli incarichi previsti dall'articolo 31 commi 1 e 2 del D.P.G.R. 27 ottobre 1999 n. 8/L e s.m. (massimo 8 incarichi - sono rilevanti a tal fine anche gli incarichi conferiti dalle forme collaborative intercomunali e dagli enti istituiti ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 22/03/1974 n.279);
- di svolgere attualmente (in corso) i seguenti incarichi e/o avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A.:

N.	Tipo incarico/Carica ricoperta (Componente/Pre sidente)	Ente/Organismo/Azien da	Fascia demogr afica o nr. abitanti	Data inizio incarico	Data fine incarico
1					
2					
3					
4					
5					

6					
7					
8					
9					
10					

- di impegnarsi a rimuovere eventuali cause di incompatibilità entro 10 giorni dall'eventuale nomina, pena la decadenza;
- di essere disponibile, se nominato, ad accettare l'incarico;
- che l'allegato curriculum vitae, debitamente sottoscritto, corrisponde a realtà;
- di autorizzare il Comune di Ospedaletto al trattamento dei dati personali (come da informativa allegata), anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm. e REG. UE 2016/679).

Distinti saluti.

Luogo e data

Firma leggibile o Firma digitale