

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Il sottoscritto PIOVANO LIVIO SEBASTIANO nato a MORETTA (CN) il 10/08/1972 e residente in

██████████ In qualità di Medico Competente del Comune di Pontechianale

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, D.P.R. n. 445/2000, per dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

**DICHIARA
DI NON TROVARSI**

in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di cui al D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.

La presente dichiarazione viene resa ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445/2000 e nella piena consapevolezza delle sanzioni previste dal successivo art. 76, nel caso di dichiarazioni mendaci.

Il sottoscritto si dichiara edotto del fatto che la presente dichiarazione viene resa in adempimento della previsione di cui all'art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 per le finalità in esso previste.

Moretta, li 02 settembre 2026

Firma
PIOVANO Livio Sebastiano

Firma
PIOVANO Livio Sebastiano

La dichiarazione sull'insussistenza delle cause di inconferibilità, da rendere all'atto del conferimento dell'incarico, è condizione di efficacia dell'incarico medesimo.

La presente dichiarazione deve essere corredata di copia non autentica di un documento di identità.