



ISTITUTO IMMACOLATA A.S.P.

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA – GALATINA
Via Scalfo n. 5 - 73013 Galatina (LE) – Tel/Fax 0836-567190 - e-mail: info@istitutoimmacolata.org
C. F. 80001610759 - P.IVA 04398050759 - www.istitutoimmacolata.org

D.Lgs. 08.04.2013, n. 39 e successive modifiche - 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, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445/2000)

H/La sottoscritto/a MARRA ADDOLORATA

nato a GALATINA il 11-08-1940 codice fiscale MRRDLR40M51D862C

indirizzo di posta elettronica/ p.e.c. marrada@libero.it

con riferimento all'incarico di CONSIGLIERE

- consapevole che a sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

- consapevole delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n.39, di cui ho preso visione.

In particolare, ai fini delle cause di inconferibilità dichiara:

di non avere riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3 D.Lgs. n. 39/2013);

di non trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art. 4 del D.Lgs. n. 39/2013;

di non trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 39/2013. Ai fini delle cause di incompatibilità dichiara: di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 39/2013;

di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 11 del D.Lgs. n. 39/2013; di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art.12 del D.Lgs. n. 39/2013;

di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art.13, comma 2 e comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013.



ISTITUTO IMMACOLATA A.S.P.

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA – GALATINA
Via Scalfò n. 5 - 73013 Galatina (LE) – Tel/Fax 0836-567190 - e-mail: info@istitutoimmacolata.org
C. F. 80001610759 - P.IVA 04398050759 - www.istitutoimmacolata.org

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. n. 39/2013, a rendere dichiarazione, con cadenza annuale, sulla insussistenza delle cause di incompatibilità previste dal citato decreto e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente rendendo se del caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

27/08/2021

Luogo e data

IL DICHIARANTE (Firma leggibile per esteso)

Maria Addolorato

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 e del Regolamento UE 2016/679.

27/08/2021

Luogo e data

IL DICHIARANTE (Firma leggibile per esteso)

Maria Addolorato

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R 445/2000 e s.m.i., la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente alla fotocopia firmata – non autenticata – di un documento d'identità del dichiarante all'ufficio competente.

Ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale della Regione. Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e del Regolamento UE 2016/679. I dati forniti saranno trattati secondo le vigenti disposizioni di legge per le sole finalità del procedimento per il quale sono richiesti ed utilizzati esclusivamente per tali scopi



Cognome..... MARRA

Nome..... ADDOLORATA

nato il..... 11-08-1940

(atto n..... 332 P..... 1 S..... A.....)

a..... GALATINA (LE)

Cittadinanza..... ITALIANA

Residenza..... GALATINA (LE)

Via..... LIVORNO N.15/C

Stato civile.....

Professione..... PENSIONATA

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... mt. 1,58

Capelli..... CASTANI

Occhi..... CASTANI

Segni particolari.....

SCHIRINZI Giuseppe

Firma del titolare *Marna Addolorato*
GALATINA li 14-09-2012

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO
L'IMPIEGATO DELEGATO
Sig. Maurizio Storace