

COMUNE DI ADRANO

PROVINCIA DI Catania

OGGETTO: Dichiarazione ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli Enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Il/la sottoscritto/a Dott. Carmelo Rao,  
nato/a Adriano il 9-06-1952 in \_\_\_\_\_,  
Provincia di CT, e residente in Adriano Provincia di  
CT alla Via MARX, n. 13, nella sua  
qualità pro tempore di Titolare dell'incarico di Posizione Organizzativa  
presso il Comune di Adrano,

DICHIARA

consapevole della propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti della legge 6 novembre 2012, n. 190, e del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, che in relazione all'incarico rivestito presso il Comune di Adrano:

non sussistono cause di inconfiribilità e di incompatibilità dell'incarico medesimo.  
OVVERO

sussistono le seguenti cause di inconfiribilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni sopra richiamate del D.lgs. 39/2013:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il sottoscritto/a si impegna altresì a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità e di inconfiribilità di cui al D.lgs. n.39/2013

Trattamento dati personali:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art.13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

5/8/2013



Il Titolare della P.O.  
Dott. [Signature]