



COMUNE DI CASTELFIDARDO

Provincia di ANCONA

Al Comune di Castelfidardo
Al **Responsabile della Trasparenza**
Segretario Generale
Dott. Salvatore Imperato
S E D E

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DEL D.LGS 08.04.2013 N.39 (IN G.U. N.92 DEL 19.04.2013, IN VIGORE DAL 04.05.2013) – ANNO 2024

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art.47, DPR n.445/2000)

Il sottoscritto dott. **Ascani Roberto** in qualità di Sindaco di questo Comune, presa visione della normativa introdotta dal D.Lgs 08/04/2013 n. 39, indicato in epigrafe e visto, in particolare, l'art.20 del decreto medesimo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art.20, nonché dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità di cui al citato decreto;
- l'insussistenza nei confronti di una delle cause di incompatibilità di cui al citato decreto.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Castelfidardo, 10 gennaio 2024

Il dichiarante
F.to dott. *Ascani Roberto*

Autorizzo il trattamento dei dati a norma del Regolamento UE Regolamento UE 2016/679, nonché la pubblicazione sul sito web dell'amministrazione della presente, a norma dell'art. 20 comma 3 D.Lgs. 39/2013

Castelfidardo, 10 gennaio 2024

Il dichiarante
F.to dott. *Ascani Roberto*

L'originale della presente dichiarazione è conservata presso l'ufficio Segreteria