

**Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e
inconferibilità ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 30/2013**

Io sottoscritto DE LEONARDIS NICOLA nato il 03/09/1988
COMPONENTE

In merito al conferimento dell'incarico di COMMISSIONE D'ALBO

Dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Benevento,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non
veritiere, di formazione o uso di fatti falsi, richiamate dall'art. 76
D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità, e con
riferimento al predetto incarico

DICHIARA

di trovarsi in assenza di alcuna causa di inconferibilità e/o
incompatibilità ai sensi del D.lgs n°39/2013 nell'assunzione della
carica.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le
eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità/inconferibilità .

Con la presente il sottoscritto autorizza espressamente il
trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto
disposto in materia dal Reg. UE2016/679 e D.Lgs 196/2003.

BENEVENTO, 18/10/2022

Nicola De Leonardis