

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

Io sottoscritto Antonio Martino nato il 17.10.1970 in merito al conferimento dell'incarico di membro della Commissione 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 Li _____

In fede

