

Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

lo sottoscritto Tommaso FABIANA nato il 22-06-84  
a BENEVENTO

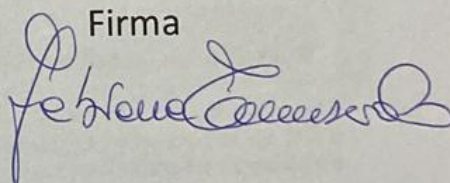
In merito al conferimento dell'incarico di Consigliere  
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Benevento  
quadriennio 2020/2024;

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non  
veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000,

DICHIARO

di trovarmi in assenza di causa di inconferibilità e/o  
incompatibilità ai sensi della normativa vigente.

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

Firma  


Allego documento di riconoscimento