



Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità

Io sottoscritto Folpe Caterina Maria nato il 26/04/1964
a Pompeles (Suessera)

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

Caterina Maria Folpe

Allego documento di riconoscimento