*Allegato 2)*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**
**SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'**
**ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

**anno 2024**

Il/La sottoscritto/a …

STEFANIA CRESTI……..……..

nata a …[redacted]……. il ……[redacted]……....

C.F. …[redacted]…….

in relazione all'incarico di ……COMPONENTE COLLEGIO SINDACI INAIL……

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data ROMA 8.7.2025 La Dichiarante

Stefania Cresti

_____

Firmato digitalmente da: Stefania Cresti
Organizzazione: INAIL/01165400589
Data: 08/07/2025 14:16:56