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

Il/La sottoscritto/a LONGOBARDI FRANCESCO

nato a XXXXXX il XXXXXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di COMPONENTE SUPPLENTE IN SENO AL COLLEGIO DEI SINDACI DEL FONDO PENSIONI PER IL PERSONALE DI RUOLO DELLA S.I.A.E.

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5, art. 20, del succitato d.lgs., 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 Castellana Grotte, 14/01/2025 Il/La Dichiarante

F.to LONGOBARDI FRANCESCO