DICHIARAZIONE SULL'INSUSSITENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E DI INCOMPATIBILITA'

COMPONENTE CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE ASP CITTA' DI SIENA

Il la Sottoscritto/a Roberto Berardi

Nat~~a~~/o a Grosseto il 04-06-1972

In qualità di Presidente/Consigliere del Consiglio di Amministrazione dell'ASP Città di Siena

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla Legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal Dlgs 8/4/2013 n. 39 di cui ho preso visione e per quanto applicabile all'Asp Città di Siena

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20 del DLgs 39/2013 a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

La presente dichiarazione è resa anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 del DLgs 39/2013.

Data 27-11-2023 Firma