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

COMPONENTE CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE ASP CITTA' DI SIENA

Il la Sottoscritto/a __Laura Cappelli _____

Nata/o a __Magenta (MI)_____ il_ 12/08/1983_____

In qualità di Membro del Collegio dei Revisori 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 __Siena 29/11/2023_____ Firma

Firmato digitalmente da: CAPPELLI LAURA
Luogo: SIENA
Data: 30/11/2023 12:01:05