

AL COMUNE DI SANTA SOFIA  
P.ZZA MATTEOTTI 1  
47018 SANTA SOFIA (FC)

OGGETTO: Dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità.  
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

Il sottoscritto ZANCHINI LORIS..... nato a SANTA SOFIA..... (FC) il 07\03\1959....., in qualità di Responsabile del Servizio FARMACIA..... del Comune di Santa Sofia mail: ....., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità personale

### DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445:

in adempimento dell'art.20 del D.lgs 39/2013, l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 39/2013 ed in particolare l'insussistenza delle cause di cui agli artt. 3, 4 e 9 del citato decreto legislativo in relazione all'incarico conferito con decreto del Sindaco n. 64 del 31/12/2015;

### SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente eventuali variazioni della presente dichiarazione e, in ogni caso, a presentare dichiarazione annuale sull'insussistenza di tutte le cause di incompatibilità e inconferibilità.

*Il/la sottoscritto/a dichiaro/a altresì di essere informato ai sensi dell'art.13 del Dlgs 196/2003, circa il trattamento dei dati personali raccolti ed in particolare che tali dati saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione va resa.*

Data 02/01/2018

Il dichiarante  
