

Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N 445)**

Il/La sottoscritto/a RAFFAELLA CASSANO nato/a a MONZA il 22/07/1977
residente a [redacted] Via /P.zza [redacted] n. [redacted]
tel. [redacted] cell. [redacted] e-mail [redacted]
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso
di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

L'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità, ai sensi e per gli effetti del
D.Lgs.39/

OPPURE

che sussistono le seguenti cause di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi delle
disposizioni del D.lgs.39/2013 :

.....
e di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente
dichiarazione.

DICHIARA

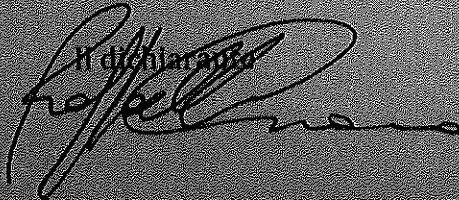
altresi, ai fini dell'applicazione della normativa richiamata, di ricoprire i seguenti incarichi
CONSIGLIARE NELLA AMMINISTRAZIONE PRESSO FONDAZIONE "ISTITUTO SCOLASTICO
INFANILE CESARE BERETTI" di TORBOLE CASAGLIA

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto
della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Trattamento dati personali :

Il/La Sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art.13 del Decreto
legislativo 30 giugno 2003 n.196 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 viene resa.

TORBOLE C. 01/10/2018
Luogo e data

Il dichiarante


Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità