

Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

art. 20, comma 2, del D. Lgs. n. 39/2013

Il sottoscritto ETTORE ANDREANI C.F. _____ nato a Firenze prov. FI il _____ e
residente a Firenze prov. FI _____ con incarico di CONSIGLIERE DI
AMMINISTRAZIONE, consapevole della responsabilità penale cui può incorrere, ex art. 76 D.P.R. n.
445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o, comunque, non più rispondenti a verità, ai sensi
dell'art. 47 del medesimo decreto;

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui al D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190" artt. 9-11-13 e D.lgs 175/2016 art.11 comma 8;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicazione tempestiva in ordine all'insorgere di una delle cause di incompatibilità sopra richiamate;
- di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013 la presente dichiarazione sarà pubblicata nel sito istituzionale di Fidi Toscana S.p.A.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla "Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali" (di seguito, anche Regolamento o GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firenze, _____

Firma
