

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ E
INCONFERIBILITA' ALLO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO DI CONSIGLIERE**

Il/la sottoscritto/a MANUELA FIORENTINO nato/a a ROMA (RM) il 06/08/1968 , residente a GAGLIOLE (MC) via BOTTACCHIARI 4, con la presente, ai sensi dell'art.46 D.P.R.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi richiamate

DICHIARA

che, ai fini dell'art. 20 comma 2 del Decreto Legislativo n. 39/2013, per lo svolgimento dell'incarico di consigliere presso l'A.S.P. "A. Chierichetti" di Gagliole non sussistono cause di incompatibilità né di inconfiribilità di cui al D.Lgs. 39/2013.

Gagliole, 20/01/2024

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Manuela Fiorentino', written over a horizontal line. The signature is cursive and includes a long horizontal stroke at the end.