



CITTÀ DI CASTELVETRANO

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA' DI CUI AL D. LGS. N.39/2013

Il sottoscritto Ingrasciotta Salvatore, nato a XXXXXXXXXXXX il XXXXXXX, e residente a XXXXXXXXXXXX via XXXXXXXXXXXX, in qualità di ASSESSORE giusta determina sindacale n. 61 del 28/11/2024;

Vista la Legge n.190 del 6 novembre 2012;

Visto il D. Lgs. n.39 dell'8 aprile 2013 e ss.mm.ii.;

consapevole delle responsabilità penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 - n. 445, dichiara quanto segue:

- a) l'insussistenza nei propri confronti di alcuna delle cause di *inconferibilità* di incarichi di cui al D. Lgs. n.39/2013;**
- b) l'insussistenza nei propri confronti di alcuna delle cause di *incompatibilità* a ricoprire incarichi di cui al D. Lgs. n.39/2013;**

Dichiara inoltre di essere consapevole di aver preso visione della informativa di cui all'art.13 del D. Lgs. n.196/2003 e che è consapevole che la presente dichiarazione verrà pubblicata, ai sensi dell'art.20, comma 3 del D. Lgs. n.39/2013, sul sito web comunale.

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare tempestivamente al responsabile della prevenzione e della corruzione eventuali elementi ostativi al mantenimento dell'incarico.

Allego copia di valido documento di identità

li, 26/11/2024

L'Assessore
F.to Ingrasciotta Salvatore