

**Dichiarazione di insussistenza cause inconferibilità e/o incompatibilità di cui all'art.20, comma 1, decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39**

**ANNO 2024**

La sottoscritto \_\_\_\_\_Bonnicelli Barbara\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Lovere\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_18/12/1976\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_Responsabile Assetto del territorio\_\_,

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e/o incompatibilità** previste dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti di cui all'art.20 del citato decreto legislativo n. 39/2013.

Artogne, 19/06/2024

FIRMA DELL'INTERESSATO

(F.to Dott.ssa Barbara Bonnicelli)