

MODELLO DICHIARAZIONE

Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità ai sensi del D.LGs. 08/04/2013 n. 39
(in G.U. n. 92 del 19/04/2013, in vigore dal 04/05/2013)

"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 06/11/2012, n. 190"

Dichiarazione sostitutiva
ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a ABATE ADRIANO nato/a
OTRANTO il 06/11/1958, in qualità di Presidente/Consigliere del CDA

del Gal Valle della Cupa S.r.l. presa visione della normativa introdotta dal D.Lgs 8/04/2013 n. 39, indicato in epigrafe e visto in particolare l'art. 20 del decreto medesimo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace:

DICHIARA

1. l'insussistenza nei propri confronti di una delle cause di inconfiribilità di cui al citato decreto;
2. l'insussistenza nei propri confronti di una delle cause di incompatibilità di cui al citato decreto impegnandosi a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale

In particolare dichiara

☒ - di non avere riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (disposizione prevista dall'art. 3 D.lgs. n. 39/2013)

Oppure (specificare)

☒ - di non trovarsi nelle cause di inconfiribilità di cui all'art. 4 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (specificare)

☒ - di non trovarsi nelle cause di inconfiribilità di cui all'art. 7 comma 1 del D.lgs. n.39/2013

Oppure (specificare)

~~D~~ - di non trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art. 7 comma 2 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (*specificare*)

AI FINI DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ:

E - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 9 comma 1 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (*specificare*)

F - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art.9 comma 2 del D.lgs.39/2013

Oppure (*specificare*)

G - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 11 comma 1 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (*specificare*)

H - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 11 comma 3 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (*specificare*)

I - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 13 comma 3 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (*specificare*)

L - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 12 comma 4 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (*specificare*)

M - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 13 comma 1 del D.lgs. n.39/2013

Oppure (*specificare*)

N - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 13 comma 2 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (*specificare*)

O - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 13 comma 3 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (*specificare*)

P - di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 14 comma 2 del D.lgs. n. 39/2013

Oppure (*specificare*)

e di impegnarsi a rimuovere le cause di incompatibilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni sopra richiamate del D.lgs. n. 39/2013 entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

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 Regolamento UE 2016/679 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.

Luogo e data ,

15/05/2021

Il dichiarante

Salvatore Abbi

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE FAMILIARI CONVIVENTI

(art.46 DPR 28/12/2000 n. 445)

COMPILARE TUTTE LE SEZIONI IN STAMPATELLO, IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

Il Sottoscritto ABATE ADRIANO nato a OTRANTO (LE)
il 06/11/1958 residente a MASLIE (LE) in via
UNITA' D'ITALIA n. 49 C.F. BTA DRN 58506 G188V
in qualità di _____ della società _____ con sede
in _____ () cap. _____ via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell'art. 85, comma 3 del D.lgs. n. 159/2011 così come modificato dal D.lgs. n. 218/2012,

☐ di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA
PAOLA	RAINO'	RNAPLAGIHT8515P	MASLIE - 30/06/61	MASLIE VIA UNITA' D'ITALIA 49
LUISA	ABATE	BTAL5091EG8E815P	MASLIE - 28/05/91	"
ANTONELLA	ABATE	BTANNL91H56E815I	MASLIE - 16/06/95	"

ovvero

☐ di non avere familiari conviventi di maggiore età

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa in materia di privacy (D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, modificato con D. Lgs. 101/2018) i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data e firma del dichiarante (*)

15/05/2021 Adriano Abate

(firma per esteso e leggibile)

(firma resa autentica allegando copia di documento di identità ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000)

(*) In caso di società, l'autocertificazione dovrà essere prodotta da tutti i soggetti di cui all'art. 85 D.Lgs 159/2011, anche nel caso in cui non ci siano familiari conviventi di maggiore età da dichiarare