

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ**

**AI SENSI DEL D.LGS 8 APRILE 2013, N. 39 E DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA**

**(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

ASP Reggio Emilia



Prot. nr. 0006008

del 24/06/2016

Titolario 2.5 # 1/16

D.R.  
D.A.R.  
A.A.G.

DP

Il sottoscritto MARCO CAMORANI, nato a Reggio Emilia il 23.03.1970,

residente ad Albinea via Don Sturzo, 3

iscritto al registro dei Revisori legali istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze , al n. 81177,  
Iscritto all'Ordine dei dottori commercialisti/ragionieri della Provincia di RE,

per il conferimento dell'incarico di REVISORE DEI CONTI presso l'ASP REGGIO EMILIA - Città delle Persone

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

- di accettare la nomina quale componente del Collegio dei Revisori dei conti dell'ASP REGGIO EMILIA - Città delle Persone
- che non sussistono cause di inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti in controllo pubblico ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013;
- che non sussistono cause ostative alla nomina per contrasto con le disposizioni dell'art. 32 dello statuto dell'ASP REGGIO EMILIA - Città delle Persone .....
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi che ai sensi della vigente normativa ostino all'espletamento dell'incarico;
- che non sussistono cause di incompatibilità ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013;

**oppure**

- che sussiste/ono la/le seguenti causa di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

Carica/incarico ricoperto	Articolo di riferimento

E quindi di impegnarsi pertanto a rimuoverla/e entro il termine di giorni quindici dalla data della presente dichiarazione .

Nelle more della scadenza del termine di quindici giorni, l'acquisizione dell'efficacia della eventuale nomina rimane condizionata alla rimozione della causa /e di incompatibilità.

Entro il predetto termine di quindici giorni dovrà essere comunicata per posta certificata all'indirizzo [asp.rete@postecert.it](mailto:asp.rete@postecert.it) o via fax al n. 0522/571030.

**DICHIARA INOLTRE**

- di essere informato che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Ente /Pubblica amministrazione che ha conferito l'incarico;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione;
- di impegnarsi a presentare annualmente la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità ai sensi delle disposizioni del D.Lgs 39/2013;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati (manualmente, elettronicamente e informaticamente) esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Reggio Emilia

In fede

IL DICHIARANTE

[Firma]