

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCANDIDABILITA', DI INELEGGIBILITA', DI INCOMPATIBILITA' E DI INCONFERIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. 18 AGOSTO 2000, N. 267, DEL D.LGS. 8 APRILE 2013, N. 39 E DEL D.LGS. 31 DICEMBRE 2012, N. 235.

Il sottoscritto PANNO GUIDO

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai fini di accedere alla carica di Consigliere direttivo dell'OPI Latina

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti per l'eleggibilità;

che non sussistono cause di incandidabilità, di ineleggibilità, di incompatibilità e di inconferibilità previste dai D.Lgs. 267/2000, D.Lgs. 39/2013 e D.Lgs. 235/2012 ostative al conferimento dell'incarico.

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà resa pubblica mediante inserimento della stessa nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito dell'Ente.

Latina, 22/01/2020

In fede
Dott. GUIDO PANNO¹

¹ Il modulo con la firma in originale è depositato presso la segreteria dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina.