

**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 SANTUCCI GIOVANNI

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. GIOVANNI SANTUCCI<sup>1</sup>

---

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