

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE
DI INCOMPATIBILITA'**
(art. 20, comma 2, D.Lgs. n.39 del 8.4.2013)

PROVINCIA DI MODENA	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
N. 26611 Del 13/7/18		09-10	Prec.
Anno	Fasc. 66	Sub. 1	

Io sottoscritta **Borellini** Luciana nata a **San Possidonio** il **8/10/1951** in relazione all'incarico di Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione San Filippo Neri (di cui la Provincia di Modena è socia)

richiamato l'art.47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)

DICHIARO

ai sensi e per gli effetti dell'art. 9, comma 1 e 2, del D.Lgs. n. 39/2013:

- di **non** avere incarichi amministrativi di vertice e dirigenziali, nelle pubbliche amministrazioni, che comportano poteri di vigilanza o controllo sulle attività svolte dalla Fondazione San Filippo Neri;
- di **non** svolgere in proprio attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dalla Provincia;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 11, comma 3, del D.Lgs. n 39/2013:

- di **non** ricoprire incarichi di vertice nell' amministrazione provinciale o di comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni aventi la medesima popolazione, nonché incarichi di amministratore di ente pubblico di livello provinciale e comunale;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 1, del D.Lgs. n 39/2013:

- di **non** ricoprire la carica di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice Ministro, Sottosegretario di Stato e di Commissario di Governo di cui all'art.11 della legge 23 agosto 1988 n.400, o di Parlamentare;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 3, del D.Lgs. n 39/2013:

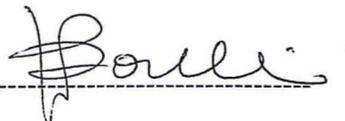
- di **non** essere componente di Consiglio provinciale, nè di Giunta o Consiglio di un Comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra Comuni avente la medesima popolazione, ricompresi nel territorio regionale;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 14, comma 2, lett.c) del D.Lgs. n 39/2013:

- di **non** ricoprire incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali del territorio regionale.

Mi impegno ad informare immediatamente la Provincia di Modena di ogni evento che modifichi la presente dichiarazione.

Modena, li 11/07/2018

Firma 

N.B: La dichiarazione deve essere sottoscritta in presenza del funzionario addetto alla ricezione ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore.