

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

Io sottoscritto PAULIZIA GHERARDI in relazione all'incarico di membro del Consiglio di Indirizzo della "Fondazione Cassa di Risparmio di Modena" richiamato l'art.47 D.P.R. 445/2000 (*dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà*)

DICHIARO

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. 12, comma 4, del D.Lgs. n 39/2013:

- di non ricoprire incarichi dirigenziali, interni e esterni, nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico di livello provinciale o comunale

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

Modena, li 8/05/2023

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.

Modena, li

Firma

PROVINCIA DI MODENA	
All.	_____
N°	16723 Del 8/5/2023
Cl.	02-10 Prec. _____
Anno	_____ Fasc. 169 Sub. _____