

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE  
DI INCOMPATIBILITA'**

(art. 20, comma 2, D.Lgs. n.39 del 8.4.2013)

Io sottoscritto MAURIZIO PIGNAROLI 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:

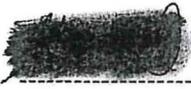
- di non ricoprire incarichi di vertice nell'amministrazione provinciale o di comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni aventi la medesima popolazione, nonché incarichi di amministratore di ente pubblico di livello provinciale e comunale.

- 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 21/11/2023

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 21/11/2023

Firma 

PROVINCIA DI MODENA	
All. _____	
N° <u>41053</u> Del <u>22/11/2023</u>	
Cl. <u>02-10</u>	Prec. _____
Anno <u>2021</u> Fasc. <u>161</u> Sub. _____	