

Al Presidente
dell'Assemblea di Soci
ASP del Rubicone

OGGETTO: DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI SOGGETTIVI
E PROFESSIONALI PER LA DESIGNAZIONE DEI COMPONENTI DEL CONSIGLIO DI
AMMINISTRAZIONE DELL'ASP DEL RUBICONE

Il/la sottoscritto/a.....BERTOZZI SALVATORE.....

nato/a aSALIGNANO S/R..... (FR) il 02/03/1952.....

codice fiscaleBRISUT52C02I472C.....

DICHIARA

la propria disponibilità ad essere designato in qualità di componente il Consiglio di
Amministrazione dell'ASP del Rubicone

DICHIARA

Di possedere i seguenti requisiti generali e professionali:

A) Requisiti generali

- Essere cittadino italiano
- Avere l'esercizio dei diritti civili e politici
- Non aver riportato condanne penali con sentenza definitiva che importino la pena accessoria dell'interdizione perpetua o temporanea dai pubblici uffici
- Non essere sottoposto a misure di prevenzione o di sicurezza
- Non trovarsi in alcuna delle cause di ineleggibilità od incompatibilità per la nomina ad amministratore di Ente Locale di cui alla PARTE I, TITOLO III, CAPO II del D.Lgs. n.267/2000;

B) Requisiti professionali

Specificata competenza, professionalità ed idoneità desumibili dal curriculum professionale allegato al presente provvedimento.

DICHIARA

- di non trovarsi, per quanto di pertinenza, in alcune delle cause ostative di cui all'art.10, c.2 d.lgs.235/2012

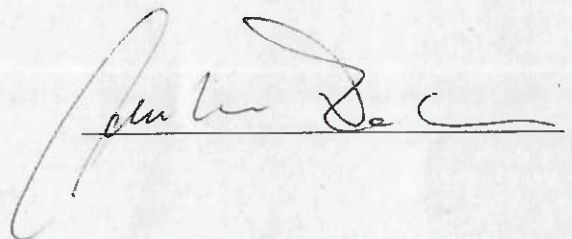
- di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art.248 c.5 d.lgs n.267/2000 come modificato dal D.L. n.174/2012 convertito con Legge n.213/2012.
- Che non sussistono situazioni di inconferibilità di cui all'art.39/2013 (artt. Da 3 a 8) e di essere a conoscenza delle conseguenze circa il mancato rispetto delle norme di legge;
- Che non sussistono, alla data della presente dichiarazione, situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013 (artt. Da 9 a 14) e di essere a conoscenza delle conseguenze circa il mancato rispetto delle norme di legge;
- Che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, alla presente situazione, che possa potenzialmente determinare una situazione di incompatibilità o di inconferibilità;

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

Luogo SALANNO S/N

Data 13/05/2024

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Antonio De Luca", written over a horizontal line.