

**DICHIARAZIONE ANNUALE INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ**  
(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

**Obbligo di pubblicazione ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. 39/2013 – Richiesta dichiarazione insussistenza di cause di incompatibilità per l'anno 2023**

Il sottoscritto...SABINA ALZONA....., nata il 9/2/1962 .....

in qualità di MEMBRO DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE AMT spa .....

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dal l'art 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

**D I C H I A R A**

di non ricoprire ulteriori cariche e/o incarichi

oppure

di ricoprire altresì le seguenti cariche e/o incarichi:

---

**DICHIARA INOLTRE**

che non si sono verificate variazioni rispetto a quanto dichiarato al momento dell'assunzione dell'incarico

oppure

che si sono verificate le seguenti variazioni:

---

che non sussistono in proposito cause di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di legge

oppure

che sussistono la/le seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle seguenti disposizioni di legge:

---

**DICHIARA INFINE**

di aver preso visione **DELL'INFORMATIVA PRIVACY** che traccia un quadro d'insieme sul trattamento dei Suoi dati personali relativamente alla procedura per NOMINE E DESIGNAZIONI DI RAPPRESENTANTI DEL COMUNE PRESSO ENTI, AZIENDE ED ISTITUZIONI. **L'INFORMATIVA PRIVACY** è disponibile presso questa Area ed è facilmente accessibile *on line*: LINK al sito istituzionale, sezione MODULISTICA CANDIDATURE:

<HTTPS://SMART.COMUNE.GENOVA.IT/CONTENUTI/MODULISTICA-CANDIDATURE>

di essere informato che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito del Comune di Genova.

Luogo e data Genova 13/3/23\_\_\_\_\_

FIRMATO  
Sabina Alzona

Allega copia del documento di identità