

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE  
DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA'  
AI SENSI DEL D.LGS. n. 39/2013**

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a SANTOLAMAZZA MARIA LETIZIA \_\_\_\_\_

nato/a a ROMA \_\_\_\_\_ (\_RM\_) il \_\_\_\_\_ 06/09/1961 \_\_\_\_\_

residente a GENOVA \_\_\_\_\_ omissis \_\_\_\_\_

in qualità di (*incarico dirigenziale*) \_\_\_\_\_ *DIRIGENTE* \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

☒

x

di non ricoprire ulteriori cariche e/o incarichi

☐

di ricoprire altresì le seguenti cariche e/o incarichi:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

☒

x

che non sussistono cause di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs n. 39/2013 relativamente alle stesse

Oppure

☐

che sussistono la/e seguente/i causa/e di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_ (indicare puntualmente l'art. di riferimento del D.Lgs n. 39/2013)

Genova 18/12/2013

**IL DICHIARANTE**

**Dott.ssa M.L.Santolamazza**

(documento firmato digitalmente)