

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

**Dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità**

Il/La sottoscritto/a PODDA SEBASTIANO, (C.F. PODDA SEBASTIANO) nato/a a SASSARI il 12.06.2023, in qualità di:

CONSIGLIERE

ASSESSORE

del Comune di Lei, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

in relazione all'incarico conferito, di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di cui al D.Lgs. n. 39 del 8 aprile 2013 e ss.mm.ii "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*".

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 del D.Lgs n. 39 del 08/04/2013 e ss.mm.ii.

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informata che i dati personali saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data 12.06.2023  
Lei,

Firma Sebastiano Podda