

OGGETTO: Dichiarazione annuale ai sensi art. 20, comma 2, D. Lgs. n. 39/2013 sulla insussistenza delle cause di incompatibilità.

**Alla Provincia di Padova
Area Segreteria Generale**

La sottoscritta Baldin Sabrina

(*cognome*) (*nome*)

Nato/a a _____ (_____) il _____

(*luogo*) (*prov.*)

C.F. _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., in caso di dichiarazioni mendaci o, comunque, non più rispondenti a verità, **con riferimento all'incarico di rappresentante della Provincia nel Consiglio di Amministrazione dell'Istituto "Luigi Configliachi per i minorati della vista" di Padova**

D I C H I A R A

che, ai sensi delle disposizioni di cui ai Capi V - VI del D. Lgs. 8.4.2013 n. 39 non sussistono cause di incompatibilità.

S I I M P E G N A

a comunicare tempestivamente l'insorgere di eventuali cause di incompatibilità e, comunque, a rendere la presente dichiarazione con cadenza annuale ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D. Lgs. n. 39/2013.

03/01/2025

firmato

Sabrina Baldin