



**Istituto Romano di San Michele**

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n.4

**DICHIARAZIONE ANNUALE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' DI CUI  
ALL'ARTICOLO 20, COMMA 2, DEL D. LGS. N. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ MAURO FONDI \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_ OMISSIS \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ OMISSIS \_\_\_\_\_  
in relazione all'incarico di \_\_\_\_ STUDIO \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabili dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 20, comma 2 del Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, che alla data odierna:

- non sussistono una o più cause di incompatibilità;  
 sussistono le seguenti cause di incompatibilità:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che saranno pubblicati ai sensi dell'art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013.

Allega copia del documento di identità in corso di validità.

Roma, lì 11/10/2021

IL/LA DICHIARANTE

f.to MAURO FONDI

L'originale della presente dichiarazione è detenuta dall'Ufficio competente per la specifica materia.