



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445
 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Il/la sottoscritto/a	CONSALVO	MARCO
.....	(cognome)	(nome)
nato/a a	(luogo)	(.....) il
		(prov.) (data)
titolare dell'incarico di	AMMINISTRATORE UNICO	presso
.....	(tipo di incarico ¹)	
	AFVG SECURITY SRL	conferito con
.....	(denominazione dell'ente)	
DELIBERA DELL'ASSEMBLEA ORDINARIA DEI SOCI		
.....	con effetto a decorrere dal 16/5/2019	
(estremi dell'atto di conferimento o designazione)		(data di immissione nell'incarico)
consapevole		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, nonché delle ulteriori conseguenze previste dall'art. 75, comma 1, del medesimo DPR; ▪ che, ai sensi dell'art. 20, comma 5 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, ogni dichiarazione mendace accertata dall'Amministrazione comporta l'inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al medesimo decreto legislativo per un periodo di cinque anni; ▪ che, ai sensi dell'art. 19 del Dlgs. 39/2013, lo svolgimento dell'incarico in situazione di incompatibilità comporta la decadenza dall'incarico stesso e la risoluzione del relativo contratto di lavoro, qualora, decorso il termine di quindici giorni dalla contestazione da parte del Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione della causa di incompatibilità, non abbia rinunciato all'incarico incompatibile; ▪ che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione Amministrazione trasparente del sito web istituzionale dell'Amministrazione regionale del Friuli Venezia Giulia; 		

¹ Indicare il tipo di incarico di vertice o di amministratore, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettere i) ed l) del Dlgs. 39/2013 (Direttore generale, Amministratore unico, Amministratore delegato, Presidente del Consiglio di amministrazione con deleghe gestionali dirette, Commissario straordinario, Commissario liquidatore, etc.)

DICHIARA

che, rispetto a quanto precedentemente dichiarato in merito all'insussistenza delle cause di incompatibilità previste dal Capo V e VI del Dlgs. 39/2013:

non sono intervenute variazioni;

ovvero

sono intervenute le seguenti variazioni:

.....
(specificare la carica/incarico o l'attività)
.....
.....

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione regionale eventuali modifiche al contenuto della presente dichiarazione ed a trasmettere annualmente l'attestazione sull'insussistenza di condizioni di incompatibilità per l'esercizio dell'incarico di cui è titolare.

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso visione dell'allegata informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati).

Data

11/5/2020

f.to in originale

Alla dichiarazione viene allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.