REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

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 VIOLA (cognome) AUGUSTO (nome)

titolare dell'incarico di COMMISSARIO STRAORDINARIO
(tipo di incarico)

presso ENTE DI DECENTRAMENTO REGIONALE DI PORDENONE
(denominazione dell'ente)

conferito con DGR 468 DEL 27 MARZO 2020
(estremi dell'atto di conferimento/designazione)

con effetto a decorrere dal 1 LUGLIO 2020
(data di immissione nell'incarico)

consapevole

- 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 d.lgs. 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;

DICHIARA

che, rispetto a quanto precedentemente dichiarato in merito all'insussistenza delle cause di incompatibilità previste dal Capo V e VI del d.lgs. 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 19.05.2022

Il dichiarante
(firma, per esteso leggibile)

FIRMA AUTOGRAFA OMESSA AI SENSI DELL'ART. 3 D.LGS 39/1993

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