



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	<u>BIGOT</u>	<u>GIOVANNI</u>
	<small>(cognome)</small>	<small>(nome)</small>
titolare dell'incarico di	<u>CONSIGLIERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE</u>	
	<small>(tipo di incarico)</small>	
presso	<u>FONDAZIONE VILLA RUSSO - CAPRUVA (GO)</u>	
	<small>(denominazione dell'ente)</small>	
conferito con	<u>NONINA DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE F.V.G. UFF. CABINETO PROT. N. 001188 IP DEL 05.07.2021 FISC. CAB. (CAB. -1-1-14) - 163</u>	
	<small>(estremi dell'atto di conferimento/designazione)</small>	
con effetto a decorrere dal	<u>EFFETTO DAL 16.07.2021</u>	
	<small>(data di immissione nell'incarico)</small>	

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)

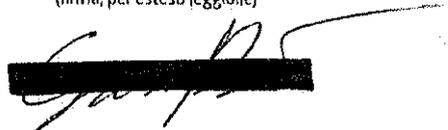
Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione regionale eventuali modifiche al contenuto della presente dichiarazione ed a trasmettere annualmente l'attestazione sull'insussistenza di condizioni di incompatibilità per l'esercizio dell'incarico di cui è titolare.

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 07.06.2024

Il dichiarante

(firma, per esteso leggibile)



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