



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	Prof. Soardo Giorgio	
	(cognome)	(nome)
titolare dell'incarico di	membro del Consiglio di Indirizzo	
	(tipo di incarico)	
presso	FONDAZIONE ITALIANA FEGATO ONLUS	
	(denominazione dell'ente)	
conferito con	delibera Adunanza Plenaria dd 26.04.23 (lettera di nomina Regione – 21/04/2023 prot. 0005022/P)	
	(estremi dell'atto di conferimento/designazione)	
con effetto a decorrere dal	10/5/23 – accettazione incarico	
	(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 25.06.2025

Il dichiarante

(firma, per esteso leggibile)



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