

ALLEGATO A

**AL SIG. SINDACO
ALL'UFFICIO DEL PERSONALE
COMUNE DI TRIBANO**

OGGETTO: INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ EX D.LGS. N.39/2013

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto _____,
in qualità di _____ dipendente del Comune di Tribano,

DICHIARO:

- a. di non versare in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità all'incarico di posizione organizzativa di cui al D.Lgs. n. 39/2013;
- b. di essere a conoscenza che lo svolgimento di incarichi incompatibili comporta, decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione, la decadenza e la risoluzione del relativo incarico/contratto;
- c. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali informazioni inerenti a cause di incompatibilità che dovessero verificarsi nel corso dell'incarico;
- d. di essere a conoscenza che tale dichiarazione, da rinnovarsi ogni anno, sarà pubblicata come stabilito dall'art. 20 del suddetto Decreto Legislativo n. 39/2013, nella sez. "Amministrazione Trasparente", sott. sez. "Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice".

Tribano, lì _____ 2019

Il dichiarante

L'originale è depositato presso l'ufficio personale