

DICHIARAZIONE

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 d.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

La sottoscritta __Dott.ssa NATALIA MANCA__ , nata a __xxxxxxxxxxx__ il __xxxxxxxxxxx__,
ai fini del conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la Sardegna,
consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di
dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del
d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del
decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate
dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della
presente dichiarazione.

La sottoscritta dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di
pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi
dell'articolo 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

Cagliari, 6/7/2016

(Luogo e data)

f.to Natalia Manca
(Firma del dichiarante)