

Oggetto: accettazione della nomina a Consigliere di Amministrazione del Consorzio NIP e accettazione del Codice Etico.

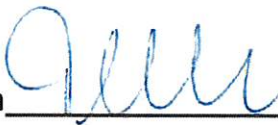
Il/La sottoscritto/a Alessandro Tomba, nato/a a Palmanova (UD) il 27 marzo 1973 e residente in Viale Marconi 196, Torviscosa (UD), Codice fiscale TMBSLN73C27G284E nel prendere atto della propria nomina, con la presente dichiara

di ACCETTARE
alle condizioni di nomina, la carica in oggetto

di IMPEGNARSI al rispetto
del Codice Etico del Consorzio NIP.

Maniago, data 17.7.24

In fede¹

Firma 

CONSORZIO PER IL NUCLEO DI INDUSTRIALIZZAZIONE Provincia di Pordenone
N. Prot. <u>1261</u> del <u>18/07/24</u>

¹ Solamente per chi NON dispone di firma digitale indicare nome e cognome; la firma autografa andrà apposta sul documento originale in formato analogico (cartaceo) da depositare presso l'Ufficio preposto.

Dichiarazione in ordine all'insussistenza di cause di incompatibilità o inconferibilità (art. 20 del D.Lgs. 39/2013 e art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001) e contestuale dichiarazione relativa ad altre cariche presso enti pubblici o privati e degli incarichi con oneri a carico della finanza pubblica dei titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo (art. 14, comma 1, lett. d) ed e), D.Lgs. 33/2013).

La/Il sottoscritta/o Alessandro Tomba, in qualità di componente del Consiglio di Amministrazione del Consorzio NIP, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dal codice penale e dalle leggi speciali in materia in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

- Di NON avere in essere la titolarità di cariche presso Enti pubblici o privati.
 Di avere in essere la titolarità di cariche presso i seguenti Enti pubblici o privati:

SEZ. 1 - Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati			
CARICA	DENOMINAZIONE ENTE	PERIODO	COMPENSO

- Di NON ricoprire incarichi con oneri a carico della finanza pubblica.
 Di ricoprire i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica:

SEZ. 2 - Dati relativi agli incarichi con oneri a carico della finanza pubblica			
INCARICO	DENOMINAZIONE ENTE	PERIODO	COMPENSO

E DICHIARA ALTRESI'

1. L'insussistenza nei propri confronti di una delle cause di inconferibilità e di incompatibilità di cui al d.lgs. 39/2013.
2. Di impegnarsi ad informare immediatamente il Consorzio NIP di ogni evento che modifichi la presente autocertificazione rendendola, in tutto o in parte, non più vera.
3. Di essere informata/o che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
4. Che la presente dichiarazione è riferita all'anno 2024.

Maniago, data 17.7.24

In fede²

Firma



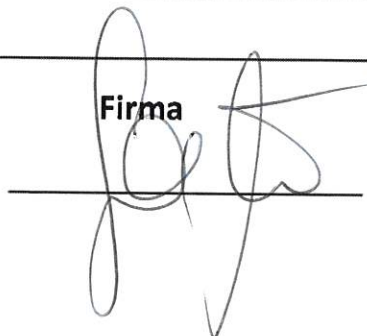
COMPILAZIONE A CURA DI CONSORIZO NIP

Monitoraggio effettuato in data 18/07/24 da parte di

RPCT, mediante: CONSULTAZIONE

TUTORI DI RICERCA

Firma



² Solamente per chi NON dispone di firma digitale indicare nome e cognome; la firma autografa andrà apposta sul documento originale in formato analogico (cartaceo) da depositare presso l'Ufficio preposto.

