

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

Il sottoscritto Federico Trost nato a Trieste (TS), il 03/09/1975 e residente in via Alpi Giulie 9, Trieste (TS), C.F. TRS FRC 75P 03L 424R, nel prendere atto della propria nomina, con la presente dichiara

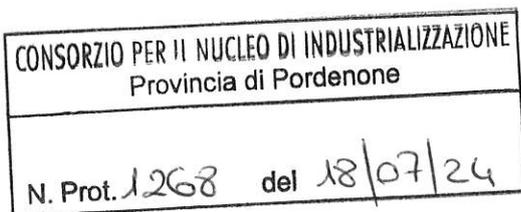
di ACCETTARE
alle condizioni di nomina, la carica in oggetto

di IMPEGNARSI al rispetto
del Codice Etico del Consorzio NIP.

Maniago, data 18/07/2024

In fede¹

Firma _____



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).

Il sottoscritto Federico Trost, 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.

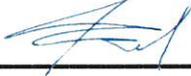
Di NON ricoprire incarichi con oneri a carico della finanza pubblica.

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 18/07/2024

In fede²

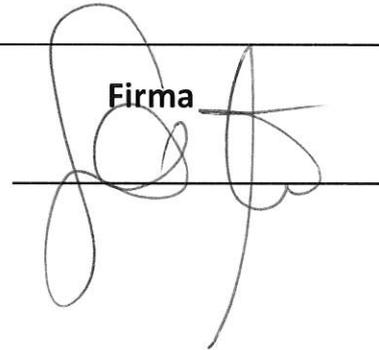
Firma  _____

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.

COMPILAZIONE A CURA DI CONSORIZO NIP

Monitoraggio effettuato in data 18/07/24 da parte di
RPCI, mediante: CONSULTAZIONE TOTORI
DI RICERCA

Firma

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long vertical stroke, positioned over a horizontal line.

