

II/a sottoscritto/a

ROBERTO FANI

in merito al conferimento dell'incarico DÌ CONSIGLIERE D'AMMINISTRAZIONE

1. ~~X~~ assenza di alcuna causa di inconfirmità e/o incompatibilità, ai sensi del D.Lgs. n.39/2013, all'assunzione di detto/i incarichi

CARICA/INCARICO RICOPERTO	Norma di riferimento del d. leg.vo 39/2013
---------------------------	---

[illegible]

CARICA/INCARICO RICOPERTO	Norma di riferimento del d. leg.vo 39/2013
---------------------------	---

[illegible]

Il sottoscritto è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il sottoscritto dichiara di essere informato e dà il proprio consenso al trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione per le finalità di cui al D. Lgs. n. 39/2013, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

11/1a dichiarante