Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. in materia di obblighi informativi di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del D. Lgs. n. 33/2013

(Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)

II/la sottoscritto/a Nome BANBANS Cognome CHANDRINO nato/a TOR NO
il 26.09 1970, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 15, comma 1 lett.c) del
D.Lgs. 33/2013, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art. 76 del D.P.R.
445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria
responsabilità
DICHIARA ALLA DATA DI FIRMA DELLA PRESENTE
□ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere le seguenti titolarità di cariche in enti di
diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
(indicare titolo dell'incarico/carica, denominazione ente, durata dell'incarico/carica)
☐ di non svolgere incarichi e/o rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o
finanziati dalla pubblica amministrazione;
□ di svolgere la seguente attività professionale presso PA o enti strumentali PA
(indicare tipologia, denominazione ente/società/studio)
Formazione – Comune di Bergamo
Formazione – Ass. Consortile Comuni Insieme Bollate
Formazione – ComPA FVG – ente strumentale Regione Friuli Venezia Giulia 2020
□ di essere informato/a che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito dell'ANCI
112 A
nell'Area Amministrazione Trasparente, unitamente al proprio curriculum vitae.
Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il Dott./la Dott.ssa
Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il Dott./la Dott.ssa 1) si impegna a comunicare tempestivamente ad ANCI qualsiasi mutamento della
Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il Dott./la Dott.ssa 1) si impegna a comunicare tempestivamente ad ANCI qualsiasi mutamento della situazione dichiarata e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione.
Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il Dott./la Dott.ssa
 Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il Dott./la Dott.ssa
Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il Dott./la Dott.ssa

Allegare fotocopia documento di identità in corso di validità

Data R. Oh 2012