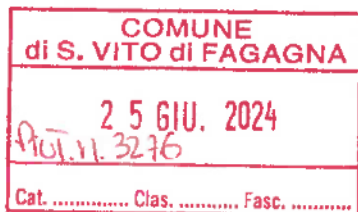


**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA
DI MOTIVI DI INELEGGIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ
A RICOPRIRE LA CARICA DI ASSESSORE**

Data 20/06/24



All'ufficio Segreteria del Comune di
San Vito di Fagagna

**OGGETTO: Dichiarazione insussistenza motivi di ineleggibilità e incompatibilità a ricoprire la carica
di Assessore del Comune di SAN VITO DI FAGAGNA.**

Io sottoscritto ILCA ROSA FABBRIO
nato a [redacted] il [redacted],
residente in [redacted] via [redacted] n. [redacted],
acquisita la proposta di nomina alla carica di Assessore al Comune di SAN VITO DI FAGAGNA come da
comunicazione del Sindaco prot. n. 3111 del 17/06/2024, consapevole delle responsabilità penali previste
dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, con la presente

DICHIARO

che nei confronti dello scrivente non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità, di cui al D.Lgs.
n. 267 del 18/08/2000, al D.Lgs. n. 235 del 31/12/2012 ed al D.Lgs. n. 39 del 08/04/2013, a ricoprire la
carica di Assessore del Comune di SAN VITO DI FAGAGNA.

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali cause di incompatibilità che dovessero sopravvenire
successivamente alla presente dichiarazione.

Con l'occasione, presa visione dell'informativa allegata ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679,
rinvenibile anche sul sito www.comune.sanvitodifagagna.ud.it, comunico in calce alla presente, i dati relativi
alla mia persona necessari per gli adempimenti successivi.

Cordialmente.

[redacted]

Allegare copia di documento di identità e codice fiscale.

(da compilare per gli adempimenti dei vari uffici comunali)