

DIRIGENTI

Al Responsabile della  
prevenzione della corruzione

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'**  
(art. 20, comma 2, D.Lgs. n.39 del 8.4.2013)

Io sottoscritto RAFFAELE GOZZARDI nato a MODENA il 18/6/1965 residente a  
....., dipendente della Provincia di Modena a tempo  
INDETERMINATO (indeterminato oppure determinato) con qualifica di FUNZ. AMM. VO e con  
incarico dirigenziale dal 15/12/2014 al TERMINE MANDATO PRESIDENTE

richiamato l'art.47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)

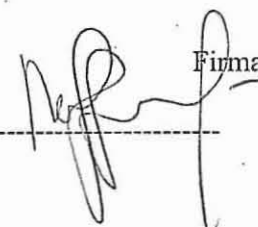
**DICHIARO**

- ai sensi e per gli effetti dell'art. 9, comma 1, del D.Lgs. n 39/2013:  
di **non** avere assunto e di non mantenere incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Provincia di Modena, per conto della quale esercito su di essi poteri di vigilanza e controllo;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 9, comma 2, del D.Lgs. n 39/2013:  
di **non** svolgere in proprio attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dalla Provincia di Modena;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 12, commi 1 e 4 del D.Lgs. n 39/2013:  
di **non** essere Presidente o Amministratore delegato in enti di diritto privato controllati dalla Provincia di Modena;  
di **non** essere componente della Giunta o del Consiglio della Regione Emilia Romagna nè di organi di indirizzo politico (Consiglio e Giunta) di una Provincia o di un Comune con popolazione superiore ai 15:000 abitanti o di una forma associativa tra Comuni avente la medesima popolazione, ricompresi nel territorio regionale.

Io sottoscritto mi impegno ad informare immediatamente la Provincia di Modena di ogni evento che modifichi la presente dichiarazione.

Modena, li 18/12/2014

<b>PROVINCIA DI MODENA</b>	
All. _____	
N° <u>123268</u>	Del <u>30-12-14</u>
Cl. <u>1-2</u>	Prec. _____
Anno _____	Fasc. <u>8</u> Sub. _____

  
Firma