

Dichiarazione assenza cause inconferibilità e conflitto di interesse

Al CIPAL

Consorzio Intercomunale per un Piano di
Sviluppo dell'Alta Lomellina

OGGETTO : Dichiarazione di assenza cause di inconferibilità/incompatibilità e di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

La sottoscritta DEBORA GATTI nata a Mede (PV) il 11.05.1974 C.F. GTTDBR74E51F0800

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

- L'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con il Consorzio;
- Di non presentare altre cause di inconferibilità/incompatibilità a svolgere prestazioni di collaborazione nell'interesse dell'Ente;
- Di accettare le condizioni contrattuali previste nell'atto di nomina;

La sottoscritta, preso atto che, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla predetta legge sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara che le informazioni sopra riportate sono complete, esaustive e corrispondenti al vero.

Sannazzaro de' Burgondi, 12 ottobre 2022

A handwritten signature in blue ink that reads "Debora Gatti". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Cognome GATTI
 Nome DEBORA
 nato il 11-05-1974
 (atto n. 97 P. 1 S. A.....)
 a MEDE (PV) (.....)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza SANNAZZARO DE' BURGONDI (PV)
 Via A. MANZONI N. 24
 Stato civile.....
 Professione IMPIEGATO

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

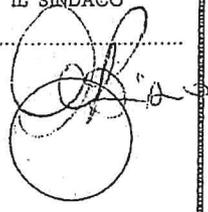
Statura M. 1.64
 Capelli CASTANI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari ==



Firma del titolare Debora Gatti
 SANNAZZARO DE' BURGONDI 00-02-2015

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO




A. 2016
 CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI
 REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale: **GTTDBR74E51F0800** Sesso: **F**

Cognome: **GATTI**
 Nome: **DEBORA**

Data di scadenza: **04/09/2021**
 Luogo di nascita: **MEDE**
 Provincia: **PV**
 Data di nascita: **11/05/1974**

Dati sanitari regionali:
 Regione Lombardia

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

IT

3 Cognome: **GATTI**

4 Nome: **DEBORA**

5 Data di nascita: **11/05/1974**

6 Numero identificativo personale: **GTTDBR74E51F0800** SSN-MIN SALUTE - 500001

8 Numero di identificazione della tessera: **80380000305028348375**

9 Scadenza: **04/09/2021**