

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED  
INCOMPATIBILITA'**

**AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013**

*(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)*

**IL SOTTOSCRITTO**

COGNOME E NOME	<b>BARLA ROBERTO</b>
CARICA RICOPERTA	<b>CONSIGLIERE AMMINISTRAZIONE</b>

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci e di formazione e uso di atti falsi e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento adottato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art.75 del richiamato D.P.R.

**DICHIARA**

Di non ricoprire ulteriori cariche e/o incarichi;

Di ricoprire altresì le seguenti cariche e/o incarichi:

CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE SMC Scarl – La Spezia

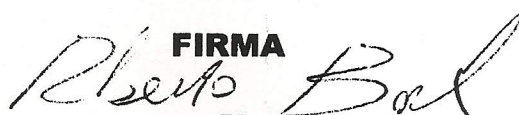
Che non sussistono cause di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs. 39/2013 relativamente alle stesse

*oppure*

che sussistono la/e seguente/i causa/e di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi dell'art. \_\_\_ (indicare l'art. di riferimento del D. Lgs. n. 39/2013).

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che tale dichiarazione, da rinnovarsi annualmente, verrà pubblicata secondo le modalità stabilite nel suddetto decreto legislativo e si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale modifica.

**DATA** 22.09.16

**FIRMA**  


(originale firmato e archiviato presso la Dir. Aziendale)

Si allega copia documento di identità in corso di validità del dichiarante