

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Per la carica di Consigliere dell'ente di diritto privato a controllo pubblico GAL Tradizione delle Terre Occitane s.c. a r.l.

La sottoscritta ARNEODO SANDRA nata a CARAGLIO (CN) il 09/02/1971 Residente a CARAGLIO (prov. CN) in VIA MACCAGNO n. 22, in relazione alla candidatura a Consigliere del GAL Tradizione delle Terre Occitane s.c. a r.l.,

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera di cui agli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa),

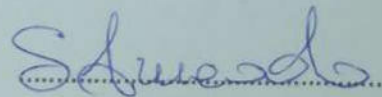
DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui al Decreto legislativo del 8 aprile 2013, n. 39 (*Disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*);

Il dichiarante prende atto che, tale dichiarazione sarà pubblicata ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del D.Lgs. 39/2013 sul sito istituzionale GAL Tradizione delle Terre Occitane.

Data 10/02/2021

FIRMA DEL DICHIARANTE



N. B. La dichiarazione sostituiva di atto di notorietà va firmata e accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità.



IPZS - ROMA - D.C.V. - ROMA



Cognome **ARNEODO**
Nome **SANDRA**
nato il **09/02/1971**
(atto n. **7** P. **1** S. **A**)
a **CARAGLIO (CN)**
Cittadinanza **ITALIANA**
Residenza **CARAGLIO**
Via **VIA MACCAGNO n. 22**
Stato civile **CONIUGATA**
Professione **IMPREDITRICE AGRICOLA**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **cm. 160**
Capelli **BIONDI**
Occhi **AZZURRI**
Segni particolari **N.N.**



Firma del titolare *Sandra Arneodo*

... **CARAGLIO** ... il **21/03/2018** ...

impronta del dito

IL FUNZIONARIO INCARICATO

[Signature]



TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



1. Cognome **ARNEODO** 6. Data di nascita **09/02/1971**
2. Nome **SANDRA** 7. Numero identificazione del titolare **RNDSDR71B49B719X SSN-MIN SALUTE - 500001**
3. Numero identificazione personale **80380000100138691842** 8. Validità della tessera **28/06/2024**