

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.

Il sottoscritto DOTTO MARIO nato a CUNEO (prov. CN) il 29/08/1972 Residente a CASTELLETTO STURA (prov. CN) in via TRUCCHI 17, 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*);

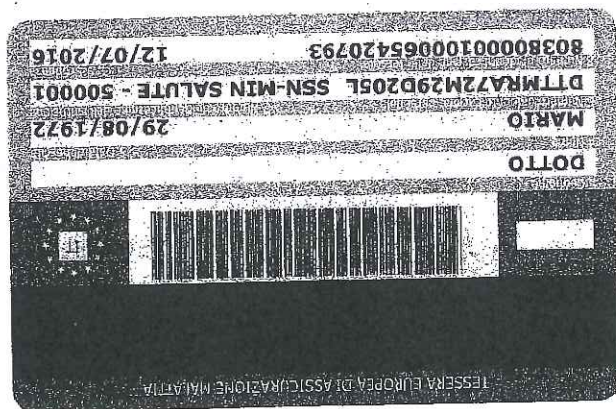
Il dichiarante prende atto che, tale dichiarazione sarà pubblicata ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del D.Lgs. 39/2013 sul sito istituzionale Gal Tradizione delle Terre Occitane.

Data **18 GEN 2018**


FIRMA DEL DICHIARANTE




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



Cognome **DOTTO**
 Nome **Mario**
 nato il **29 agosto 1972**
 (atto n. **1062** p. **1** s. **A2**)
 a **CUNEO** (**CN**)
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **CASTELLETTO STURA**
 Via **TRUCCHI 17**
 Stato civile
 Professione
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1,80**
 Capelli **BIONDO SCURO**
 Occhi **AZZURRI**
 Segni particolari



Firma del titolare *Mario Dotto*
CASTELLETTO STURA **31/10/2011**
 Impronta del dito indice sinistro *[Signature]*


REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 Codice fiscale **DTTMRA72M29D205L**
 Data di scadenza **12/07/2018**
 Sesso **M**
 Cognome **DOTTO**
 Nome **MARIO**
 Luogo di nascita **CUNEO**
 Provincia **CN**
 Data di nascita **29/08/1972**