

Dott. Paolo Agostini

Autocertificazione dell'insussistenza di cause di incompatibilità

Il sottoscritto Dott. Paolo Agostini nato in ***** (**) il **. **. **** e residente a ***** (**), alla Via ***** , CAP ***** , CF ***** , ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci previste dall'art. 75, comma I, del medesimo D.P.R. n. 445/2000

Dichiara

di non trovarsi, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

Porto San Giorgio, lì 31/07/2023

In fede

Dott. Paolo Agostini



Si allega copia di documento di identità

