

**Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità
ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n.39/2013**

Il/La sottoscritto/a ...Tesconi Simone.... nata/o a La Spezia..... il 11/11/1973.....

in merito al conferimento dell'incarico di Tesoriere..... (indicare la Carica) dell'ORDINE DEGLI INGEGNERI DELLA PROVINCIA DELLA SPEZIA, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità, e con riferimento al predetto incarico

DICHIARA

di trovarsi in una delle seguenti ipotesi:

☒ assenza di alcuna causa di incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica

☐ sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n.39/2013 relativamente a _____ (inserire carica e riferimento normativo ex D.Lgs. n.39/2013) e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione. Il sottoscritto è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n.39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

Inoltre, il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento

DICHIARA

di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs n.39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito web dell'Ente alla sezione Amministrazione Trasparente e di autorizzare espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i..

Data 24/6/2026

Firma



**Dichiarazione di insussistenza cause di inconferibilità
ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n.39/2013**

Il/La sottoscritto/a ...Tesconi Simone.... nata/o a La Spezia..... il11/11/1973.....
in merito al conferimento dell'incarico diTescriere..... (indicare la Carica) dell'ORDINE DEGLI
INGEGNERI DELLA PROVINCIA DELLA SPEZIA consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non
veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale
responsabilità, e con riferimento al predetto incarico

DICHIARA

di trovarsi in una delle seguenti ipotesi:

☒ assenza di alcuna causa di inconferibilità ai sensi del D.Lgs n.39/2013 nell'assunzione della carica

☐ sussistenza della/e seguente/i causa/e di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n.39/2013

Il sottoscritto è consapevole che la dichiarazione in oggetto è condizione per l'acquisizione dell'efficacia
dell'incarico.

Il sottoscritto è consapevole altresì che, ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace,
accertata dall'Ente, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la
inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta
inconferibilità e a rinnovare la presente dichiarazione con cadenza annuale.

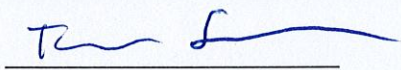
Inoltre, il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento

DICHIARA

di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs n.39/2013, la presente
dichiarazione verrà pubblicata sul sito web dell'Ente alla sezione Amministrazione Trasparente e di
autorizzare espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia
dal Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i..

Data 24/6/2026

Firma



ST 3027

TS
CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI




  Codice Fiscale **TSCSMN73S11E463P** Sesso **M**

Cognome **TESCONI**
Nome **SIMONE**

Data di scadenza **16/08/2027**

Luogo di nascita  **LA SPEZIA**
Provincia **SP**

Data di nascita **11/11/1973**

Dati sanitari regionali
 **REGIONE LIGURIA**

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA





3 Cognome **TESCONI**

4 Nome **SIMONE**

5 Data di nascita **11/11/1973**

6 Numero identificazione personale **TSCSMN73S11E463P**

7 Numero identificazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera **80380000700308812274**

9 Scadenza **16/08/2027**