svolgimento dell'incarico.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013

Il/La sottoscritto/a ...BILLOTTI ROBERTO....

nato aXXXX					
relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,					
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità					
DICHIARA					
che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo					

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data AOSTA,16/03/2022 II/La Dichiarante

F.TO ROBERTO BILLOTTI

Il/La sottoscritto/a ......BILLOTTI ROBERTO..

Luogo e data <u>AOSTA 16/03/2022</u>

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013

nato a .....XXXXX......il ...XXXXXX......C.F. XXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità
DICHIARA
che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.
Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.
Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Il/La Dichiarante

F.to ROBERTO BILLOTTI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Al	11111	den istruttoria	sottesa	ana v	vermea	dena	sussistenza	. ai	Situazioni	a
incor	nferibil	ità/incompatibil	ità ai sensi	e agli ef	fetti del	decreto le	egislativo 8	aprile	2013 n. 39	, il/la
sotto	scritto/	aBILLC	TTI ROBE	RTO		••,				
relat	ivamer	nte al conferim	ento dell'in	carico di	i compo	nente del	Comitato	regiona	ale INPS po	er la
VAL	LE D	'AOSTA, cons	apevole del	le sanzio	oni prev	iste dall'	art. 76 del	Testo	Unico, D	P.R.
28/12	2/2000	n. 445, e della	decadenza o	lei benefi	ici previs	sta dall'ar	t. 75 del mo	edesim	o Testo unio	co in
caso	di dich	iarazioni false o	mendaci, s	otto la pr	opria per	sonale re	sponsabilità	Į.		

## **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE

## In alternativa

➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro	o II del Codice Penale <sup>1</sup> :
-	
In alternativa	
X di NON aver riportato condanne per uno dei rea	ati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
II del Codice Penale.	
L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relati dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva s del procedimento amministrativo per cui essi sono amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubbli Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	ivi alla protezione dei dati personali, che i saranno utilizzati in relazione allo sviluppo specificati, nonché per gli adempimenti
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la v presente dichiarazione.	veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimento in con	rso di validità del sottoscrittore.
<b>Data,</b> AOSTA 16/03/2022.	Firma del dichiarante
	F.TO ROBERTO BILLOTTI.
Osservazioni e/o rilievi dell'orga	no conferente l'incarico
Data,	Firma

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

 $<sup>^1</sup>$  Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna  $^2$  Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Il/La sottoscritto/a Buillet Isabelle Monique.

nato a XXXXXXX il XXXXXXX C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Aosta 14/01/2021

Il/La Dichiarante

F.to Isabelle Monique Buillet

Il/La sottoscritto/a Buillet Isabelle Monique nato a XXXXXXX il XXXXX C.F.XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Aosta 14/01/2021

Il/La Dichiarante

F.to Isabelle Monique Buillet

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a Buillet Isabelle Monique

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE

### In alternativa

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

der rec	ati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale <sup>2</sup> :
In alternative	a
X	di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II de
Libro II del C	Codice Penale.
cui al decrete dati conferiti del procedin amministrativ	azione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di o legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo nento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti vi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Lavoro e delle Politiche Sociali.
L'Amministra presente dich	azione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella viarazione.
Si allega copi	ia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.
Data,14/01/2	Firma del dichiarante
	Fto Isabelle Monique Buillet
Os	sservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico
Data,	Firma

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a Buillet Isabelle Monique, nato a XXXXXXX il XXXXXXX C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della

decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o

mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante

codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto

legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10

luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle

Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE)

2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla

protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con

strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa

e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del

Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data Aosta 14/01/2021

Il/La Dichiarante

F.to Isabelle Monique Buillet

Il/La sottoscritto/a Albanese Vincenzo

nato ad XXXX.... il XXXXX .... C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Aosta 03/03/2022

Il/La Dichiarante

F.to Albanese Vincenzo

Il/La sottoscritto Albanese Vincenzo

nato ad XXXXX . Il XXXXXX C.F. XXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Aosta 03/03/2022

Il/La Dichiarante

F.to Albanese Vincenzo

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a...Albanese Vincenzo,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE

### In alternativa

X di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

dei reati previsti dal Capo I del Titolo	o II del Libro II del Codice Penale <sup>3</sup> :
In alternativa	
X di NON aver riportato condanne per u del Codice Penale.	no dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n dati conferiti con la presente dichiarazione del procedimento amministrativo per cui	golamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 2. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo essi sono specificati, nonché per gli adempimenti usa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del di.
L'Amministrazione si riserva la facoltà di ve presente dichiarazione.	erificare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscia	mento in corso di validità del sottoscrittore.
Aosta 03/03/2022	Firma del dichiarante
	F.to Albanese Vincenzo
Osservazioni e/o rilievi d	lell'organo conferente l'incarico
Data,	Firma

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

 $<sup>^{3}</sup>$  Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto Albanese Vincenzo... nato ad XXXXX il XXXXXX

C.F. XXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Aosta, 03/03/2022

Il/La Dichiarante F.to Albanese Vincenzo

Il/La sottoscritto/a NOTO GABRIELE

nato a XXXXXXX il ....XXXXXX ..... C.F. XXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

AOSTA IL 17/02/2022

Il/La Dichiarante

F.to Gabriele Noto

Il/La sottoscritto/a NOTO GABRIELE

nato a XXXXXXX il ....XXXXXX ..... C.F. XXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

AOSTA IL 17/02/2022

Il/La Dichiarante

F.to Gabriele Noto

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a NOTO GABRIELE

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
UILM VDA	SEGRETARIO	16/06/1997	21/04/2026

## In alternativa

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

	di aver riportato le seguenti co	ndanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno
	dei reati previsti dal Capo I del	Titolo II del Libro II del Codice Penale <sup>4</sup> :
-		
_		
_		
In alte	ernativa	
>	X di NON aver riportato conda	nne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
	II del Codice Penale.	
cui al dati co del pr ammin	decreto legislativo 10 agosto 2 onferiti con la presente dichiara rocedimento amministrativo pe	del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i azione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo er cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti vi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Sociali.
I 'Amn	ninistrazione si riserva la facolt.	à di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella
	te dichiarazione.	a ai verificare la vertaicha aene informazioni contenute nena
Si alle	ga copia di un documento di rico	onoscimento in corso di validità del sottoscrittore.
Data,	17/02/2022	Firma del dichiarante
		F.to Gabriele Noto
	Osservazioni e/o rili	evi dell'organo conferente l'incarico
		5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5
Data, .		Firma

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

II/La sottoscritto/a NOTO GABRIELE

nato a XXXXXXX il ....XXXXXX ..... C.F. XXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

AOSTA IL 17/02/2022

II/L DICHIARANTE

F.to Gabriele Noto

Il/La sottoscritto/a RAISIN CRISTINA

nato a XXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

AOSTA IL 17/02/2022

Il/La Dichiarante

F.to Cristina Raisin

Il/La sottoscritto/a RAISIN CRISTINA

nato a XXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

AOSTA IL 17/02/2022

Il/La Dichiarante

F.to Cristina Raisin

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a RAISIN CRISTINA

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
ADOC VDA	PRESIDENTE	2015	

## In alternativa

➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

di aver riportato le seguenti conda	nne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno
dei reati previsti dal Capo I del Tit	olo II del Libro II del Codice Penale <sup>5</sup> :
In alternativa	
<ul><li>X di NON aver riportato condanne</li></ul>	per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
II del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018 dati conferiti con la presente dichiarazion del procedimento amministrativo per c	Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di la n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i ne sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti aclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del ciali.
L'Amministrazione si riserva la facoltà di presente dichiarazione.	verificare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di ricono	scimento in corso di validità del sottoscrittore.
Data, 17/02/2022	Firma del dichiarante
	F.to Cristina Raisin
Osservazioni e/o riliev	i dell'organo conferente l'incarico
Data,	Firma

 $<sup>^{5}</sup>$  Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

II/La sottoscritto/a RAISIN CRISTINA

nato a XXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

AOSTA IL 17/02/2022

Il/La Dichiarante

F.to Cristina Raisin

Il sottoscritto MAFRICA Fortunato nato a XXXX il XXXXXX, C.F. XXXXXXXXXXX in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

AOSTA, 14/02/2022

Il/La Dichiarante

Il sottoscritto MAFRICA Fortunato nato a XXXX il XXXXXX, C.F. XXXXXXXXXXX in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

AOSTA, 14/02/2022

Il/La Dichiarante

verifica dell'istruttoria della Ai fini sottesa alla sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto MAFRICA Fortunato nato a Aosta il 10/02/1974, C.F. MFRFTN74B10A326G, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

## **DICHIARA**

- ➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica
- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

Aosta, lì 14/02/2022

Firma del dichiarante

Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico				
Data,	Firma			

Allegato 4)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto MAFRICA Fortunato nato a XXXX il XXXXXXX, C.F. XXXXXXXXXXXX,

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante

codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto

legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10

luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle

Politiche Sociali".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679,

nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione

dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti

informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si

dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e

delle Politiche Sociali.

Aosta, lì 14/02/2022

Il Dichiarante

Il/La sottoscritto/aBrinato Franco Pino
nato aXXXXXXX ilXXXXXXX
C.FXXXXXXXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità
DICHIARA
che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.
Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.
Luogo e data Aosta 7.03.2022 Il/La Dichiarante  F.to Franco Pino Brinato

Luogo e data

Aosta 7.03.2022\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013

Il/La sottoscritto/a ......Brinato Franco Pino.....

nato aXXXXXX ilXXXXXXX
C.FXXXXXXXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità
DICHIARA
che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.
Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.
Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Il/La Dichiarante

F.to Franco Pino Brinato

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai	fini	dell'istruttoria	sottesa	alla	verifica	della	sussistenza	di	situazioni	di
inco	nferibil	lità/incompatibilit	à ai sensi	e agli	effetti del	decreto	legislativo 8	aprile	2013 n. 39,	il/la
sotto	scritto	/a		Brinato	Franco Pir	10			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	,
rela	tivame	nte al conferimen	nto dell'ir	ncarico	di compo	nente de	l Comitato 1	regiona	ale INPS pe	r la
VAI	LE D	'AOSTA, consag	pevole de	lle san	zioni prev	iste dall	'art. 76 del	Testo	Unico, D.	P.R.
28/1	2/2000	n. 445, e della de	ecadenza (	dei ben	efici previs	sta dall'a	rt. 75 del me	desim	o Testo unic	o in
caso	di dich	niarazioni false o i	mendaci, s	otto la	propria per	sonale re	esponsabilità			

## **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
USL Valle d'Aosta	Direttore di Distretto	16/01/2020	16/01/2023

### In alternativa

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale <sup>6</sup> :						
-						
-						
- In alt	ternativa					
X	di NON aver riportato condanne per uno dei reati p	previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II				
_	del Codice Penale.					
cui al dati c del p ammii Miniss L'Ami preser	L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.  L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.  Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.					
Data,	<b>,</b>	Firma del dichiarante				
Aosta	a, 7.03.2022	F.to Franco Pino Brinato				
	Osservazioni e/o rilievi dell'organ	o conferente l'incarico				
Data,	,	Firma				

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato 4)

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a	Brinato Franco Pino
nato aXXXXXX il	XXXXXX

### C.F. ...XXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

- di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data	II/La Dichiarante
Aosta 7.03.2022	F.to Franco Pino Brinato

Il sottoscritto MARCO LORENZETTI

nato a XXXXX il XXXXX

#### C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Aosta 25/02/2022 II Dichiarante

<<F.TO MARCO LORENZETTI>>

Il sottoscritto MARCO LORENZETTI

nato a XXXXX il XXXXX

#### C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Aosta, 25/02/2022

Il/La Dichiarante

<<F.TO MARCO LORENZETTI>>

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a MARCO LORENZETTI

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE

## In alternativa

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

di aver riportato le seguenti condanne, a	nche con sentenza non passata in giudicato, per uno
dei reati previsti dal Capo I del Titolo II	del Libro II del Codice Penale <sup>7</sup> :
In alternativa	
di NON aver riportato condanne per uno	dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II
del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 10 dati conferiti con la presente dichiarazione sost del procedimento amministrativo per cui ess	mento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 01, relativi alla protezione dei dati personali, che i titutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo si sono specificati, nonché per gli adempimenti la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verific presente dichiarazione.	care la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimen	nto in corso di validità del sottoscrittore.
Data, 25/02/2022	Firma del dichiarante
	< <f.to lorenzetti="" marco="">&gt;</f.to>
Osservazioni e/o rilievi dell	l'organo conferente l'incarico
Data,	Firma

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato 4)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a MARCO LORENZETTI

nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Aosta, 25/02/2022

II/La Dichiarante << F.TO MARCO LORENZETTI>>

Il/La sottoscritto/a Bonomi Ermanno
nato aXXXXXXX. ilXXXXXXX C.F XXXXXXXXXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità
DICHIARA
che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.
Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.
Luogo e data Aosta 24/02/2022 II/La Dichiarante
F.to Ermanno Bonomi

Il/La sottoscritto/a Bonomi Ermanno	
nato a XXXXX il XXXXX C.F XXXXX	XXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regi	ionale INPS per la VALLE D'AOSTA,
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 apri previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39 di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/200	1/2013, nonché delle sanzioni penali in caso dai benefici conseguenti al provvedimento
DICHIARA	
che non sussistono cause di incompatibilità di cui al declo svolgimento dell'incarico.	creto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per
Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la pre normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicar dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'in	re tempestivamente eventuali variazioni che
Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato in 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto leg protezione dei dati personali raccolti e, in particolare strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblica Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3,	rislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla e, che tali dati saranno trattati, anche con le quali la presente dichiarazione viene resa ata sul sito istituzionale del Ministero del
Luogo e data Aosta 24/02/2022	Il/La Dichiarante F.to Ermanno Bonomi

### MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai	fini	dell'istruttoria	sottesa	alla	verifica	della	sussistenza	di	situazioni	di
inco	nferibil	ità/incompatibilit	à ai sensi	e agli	effetti del	decreto	legislativo 8	aprile	2013 n. 39,	il/la
sotto	scritto	/a Bonomi Erm	anno							,
rela	tivameı	nte al conferimen	nto dell'in	carico	di compo	nente de	el Comitato	region	ale INPS pe	er la
VAI	LE D	'AOSTA, consap	bevole del	lle sanz	zioni prev	iste dall	l'art. 76 del	Testo	Unico, D.	P.R.
28/1	2/2000	n. 445, e della de	ecadenza o	dei bene	efici previs	sta dall'a	art. 75 del mo	edesim	o Testo unic	o in
caso	di dich	niarazioni false o i	mendaci, s	otto la	propria pe	rsonale r	esponsabilità	ļ		

#### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
Camera di	Membro C.D.A.	Maggio 2021	Marzo 2022
Commercio VdA			
Confcommercio VdA	Presidente Ascom	Gennaio 2022	Gennaio 2027
	Aosta		

#### In alternativa

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

del reali provisti dai capo i dei intolo ii de	el Libro II del Codice Penale°:
-	
To although with a	
In alternativa	
di NON aver riportato condanne per uno de	ei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II
del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 dati conferiti con la presente dichiarazione sostit del procedimento amministrativo per cui essi	nento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di , relativi alla protezione dei dati personali, che i sutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo sono specificati, nonché per gli adempimenti a pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verifica presente dichiarazione.	re la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimento	o in corso di validità del sottoscrittore.
<b>Data,</b> AO 24/02/2022	Firma del dichiarante
	F.to Ermanno Bonomi
Osservazioni e/o rilievi dell'	organo conferente l'incarico
Data,	Firma

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

<sup>8</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a Bonomi Ermanno
nato a XXXX . ilXXXXXC.F XXXXXXXXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,
consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della
decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o

#### **DICHIARA**

mendaci, sotto la propria personale responsabilità

- di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data Aosta 24/02/2022

Il/La Dichiarante F.to Ermanno Bonomi

Il sottoscritto GASCO ELIO nato a XXXXX il XXXXXX

#### C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data
AOSTA, 24/05/2022

Il/La Dichiarante *F.to Elio Gasco* 

Il sottoscritto GASCO ELIO nato a XXXXX il XXXXXX

C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data AOSTA, 24/05/2022

Il/La Dichiarante

F.to Elio Gasco

### MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Αi fini dell'istruttoria alla verifica della sussistenza situazioni sottesa di di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto GASCO ELIO, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

#### **DICHIARA**

- ➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica.
- ➢ di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

Data, AOSTA 24/05/2022	Firma del dichiarante
	F.to Elio Gasco

Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico			
Data,	Firma		
,			

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto GASCO ELIO nato a XXXXX il XXXXXX

C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data II/La Dichiarante

**AOSTA,24/05/2022** *F.to Elio Gasco* 

Il/La sottoscritto/a LORUSSO PAOLO nato a XXXXXX il XXXX C.F. XXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data AOSTA 22/02/2022

Il/La Dichiarante

F.to Paolo Lorusso

Il/La sottoscritto/a LORUSSO PAOLO nato a XXXXXXX il XXXX C.F. XXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Aosta 22/02/2022

Il/La Dichiarante

F.to Paolo Lorusso

### MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a LORUSSO PAOLO

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

#### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
Comune di Saint	Consigliere	28/09/2020	31/08/2025
Rhemy en Bosses			
Ass. G.S. Bernardo	Consulene	2020	2022
Skyalp			

#### In alternativa

→ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II	del Libro II del Codice Penale <sup>9</sup> :
In alternativa	
di NON aver riportato condanne per uno	o dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II
del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 1 dati conferiti con la presente dichiarazione so del procedimento amministrativo per cui es	lamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di l'01, relativi alla protezione dei dati personali, che i stitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo ssi sono specificati, nonché per gli adempimenti a la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verif presente dichiarazione.	îcare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscime	ento in corso di validità del sottoscrittore.
Data, Aosta 22/02/2022	Firma del dichiarante
	F.to Paolo Lorusso
Osservazioni e/o rilievi dell'organ	o conferente l'incarico
Data,	Firma

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato 4)

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a LORUSSO PAOLO nato a XXXXXX il XXXX C.F. XXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

#### **DICHIARA**

- di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Aosta, 22/02/2022

Il/La Dichiarante *F.to Paolo Lorusso* 

La sottoscritta Gandolfo Paola Angela nata a XXXXXX il XXXXXX

C.F.: XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Aosta, 18/05/2022

La Dichiarante

F.to Paola Angela Gandolfo

La sottoscritta Gandolfo Paola Angela nata a XXXXXX il XXXXXX

C.F.: XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Aosta, 18/05/2022

La Dichiarante

F.to Paola Angela Gandolfo

### MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

verifica Αi fini dell'istruttoria alla della sussistenza di situazioni di sottesa inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritta Gandolfo Paola Angela, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

#### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
Comitato Rwg.le	Commissione/Comitato	14/03/2018	14/03/2022
INPS Valle D'AO			

#### In alternativa

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

In alternativa		
➤ di NON aver riportato condanne per	uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II	
del Codice Penale.		
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, r dati conferiti con la presente dichiarazione del procedimento amministrativo per cui	egolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i e sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo i essi sono specificati, nonché per gli adempimenti lusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del uli.	
L'Amministrazione si riserva la facoltà di ve presente dichiarazione.	verificare la veridicità delle informazioni contenute nella	
Si allega copia di un documento di riconosci	imento in corso di validità del sottoscrittore.	
18 maggio 2022	Firma del dichiarante	
	F.to Paola Angela Gandolfo	
Ossarvazioni e/o rilievi d	dell'organo conferente l'incarico	
Ossel vazioni e/o i mevi (	den organo conferente i incarico	

<sup>10</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale  $^{10}$ :

Il/La sottoscritto/a CARLA STEFANIA RICCARDI nato a XXXXXXX il XXXXXX

#### C.F. XXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data: Aosta 07/04/2022 II/La Dichiarante

F.to Carla Stefania Riccardi

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013

La sottoscritta CARLA STEFANIA RICCARDI

nato a XXXXXXX il XXXXXX

C.F. XXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati , anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data: Aosta 07/04/2022 Il/La Dichiarante

F.to Carla Stefania Riccardi

#### **MODELLO DICHIARAZIONE**

#### **ELENCO INCARICHI**

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta Carla Stefania RICCARDI, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la VALLE D'AOSTA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

#### **DICHIARA**

di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
Regione	Consigliere di	17 maggio 2020	31 ottobre 2021
Autonoma Valle	raccordo nel		
d'Aosta	Consiglio di		
	Amministrazione di		
	FINAOSTA S.p.A.		

di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

Data, 07/04/2022 Firma del dichiarante