

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ASSENZA DI INCOMPATIBILITA'
DI CUI ART. 18, CO. 2, REGOLAMENTO NAZIONALE AVIS, ART. 2, CO. 17, D.LGS 117/2017
(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____,
nato/a a _____ e residente in _____,
in qualità di **Socio con seguente carica sociale** _____
dell'Avis Comunale _____, consapevole delle sanzioni
penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni
mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento
emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75, del D.P.R. 28/12/2000
n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

**di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità elencate nell'art. 21 del
Regolamento Nazionale, c. 2 - 3 - 4:**

Luogo,data

FIRMA

Si allega copia documento d'identità in corso di validità