

ALL. 3

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 20, COMMA 2, DEL DECRETO
LEGISLATIVO N. 39 DEL 8 APRILE 2013.**

Il/la sottoscritto/a PAOLO SARDI..... dirigente di I/II fascia
dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale, titolare dell'incarico dirigenziale di livello
~~non generale~~/generale denominato DIRETTORE REGIONALE TOSCANA.....
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28
dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, nonché della sanzione prevista
dall'art. 20, comma 5, del d.lgs. n. 39/2013, **dichiara** di non trovarsi in alcuna delle
situazioni di **incompatibilità** di cui all'art. 20, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013.

Data , 15/6/2016

Firma

A black rectangular box redacting the signature of the official. A handwritten signature is visible above the box.