

ALL. 3

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

Il sottoscritto **dott. Claudio FLORIDDIA**, dirigente di II fascia dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale, titolare dell'incarico dirigenziale di livello non generale denominato "Responsabile dell'Area manageriale *Funzioni Istituzionali*", presso la Direzione regionale per il Trentino Alto Adige", 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 17 marzo 2014

Firma _____

A solid black rectangular box redacting the signature of the official.