

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

Io/la sottoscritto/a ZACCARIA GABRIELLA dirigente di I/II fascia
dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale, titolare dell'incarico dirigenziale di livello
non generale/~~generale~~ denominato AREA REGIONALE AMMINISTRATORI SOCIALI e
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 CREDITO e
dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, nonché della sanzione prevista dall'art. WELFARE
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 15.06.2018

Firma

