

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

Il/la sottoscritto/a FABIO VITALE..... dirigente di I/II fascia
dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale, titolare dell'incarico dirigenziale di livello ~~non~~
~~generale~~/generale denominato DIRETTORE REGIONALE LAZIO.....
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

12/6/13

Firma F.to Fabio Vitale