

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

N/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 AMMORTIZZATORI 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.
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. **WELFARE**

Data **15.06.2018**

Firma