



**DICHIARAZIONE  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'**  
ai sensi del D.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e s.m.i.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

ORIANA MENGONI

in relazione all'incarico di componente del Consiglio regionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Lazio, presa visione della normativa introdotta dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e s.m.i., visto in particolare l'art. 20 del decreto medesimo e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del citato articolo, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 e s.m.i. per lo svolgimento del suddetto incarico.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione ed a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato con la lettura dell'allegata informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 delle finalità, della base giuridica, delle modalità e dei diritti connessi al trattamento dei propri dati personali raccolti dal Titolare e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole, prestando espresso consenso, che la stessa dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Lazio ai sensi dell'art. 20, comma 3 del D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i..

Roma, 22/07/2021

Il/La Dichiarante