

MODELLO N. 3
ORGANI POLITICI ED INCARICHI - SEZIONE A - TRASPARENZA

COMUNE DI PALAZZOLO ACREIDE

PROVINCIA DI LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI SR

OGGETTO: Dichiarazione ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli Enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190.

Il/la sottoscritto/a DOTT.SSA MARIA MONTEGLIA,
nato/a il 23-08-1954 in PALAZZOLO ACREIDE,
Provincia di SIRACUSA, e residente in PALAZZOLO ACREIDE,
Provincia di SIRACUSA alla Via TAGLIAMENTO N° 20 A, n. _____,
nella sua qualità pro tempore di Titolare dell'incarico politico e/o di governo di _____
presso il Comune di _____,

OPPURE

nella sua qualità pro tempore di Titolare dell'incarico dirigenziale di (*Alta Professionalità, Posizione Organizzativa, ecc.*) POSIZIONE ORGANIZZATIVA presso
il Comune di PALAZZOLO ACREIDE,

DICHIARA

consapevole della propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti della legge 6 novembre 2012, n. 190, e del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, che in relazione all'incarico rivestito presso il Comune di PALAZZOLO ACREIDE non sussistono cause di inconfiribilità e di incompatibilità dell'incarico medesimo.

06/10/2017

Il Titolare dell'incarico politico /incarico
dirigenziale

Dott. SSA Ilva Albano

Cognome **MONTEGLIA**
 Nome **MARIA**
 nato il **23 Agosto 1954**
 (atto n. **131** p. I^a s. A)
 a **Palazzolo Siracusa**
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **Palazzolo Acreide**
 Via **Tagliamento N. 20/A**
 Stato civile **---**
 Professione **Impiegata**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1.59**
 Capelli **Castani**
 Occhi **Verdi**
 Segni particolari **---**

