

Oggetto: Insussistenza delle cause di INCONFERIBILITA' e/o INCOMPATIBILITA' – Segretario Comunale. Anno 2023.

Il/La sottoscritto/a ___Crimi Maria Gabriella_____ nato/a ___Messina_____,
il ___16.05.1975_____ codice fiscale ___CRMMGB75E56F158S_____,nella
qualità di Segretario Comunale della Convenzione di segreteria tra i Comuni di S^a Agata Militello e Capri
Leone .

CONSAPEVOLE

-delle conseguenze penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell' art. 76 del D.P.R.
445/2000;

-delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs 39/2013 in caso di dichiarazioni mendaci;

D I C H I A R A

-di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconfiribilità e/o incompatibilità disciplinate dal D.Lgs 39/2013
e s.m.i;

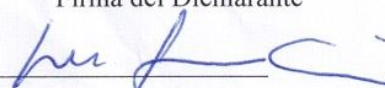
SI IMPEGNA

-ai sensi dell'art. 20 D.Lgs 39/2013, a rendere analoga dichiarazione, con cadenza annuale, ed a comunicare
tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente.

Luogo e data

16/05/2023 / Capri Leone

Firma del Dichiarante



(*)Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione è sottoscritta in presenza del
dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un
documento d'identità del dichiarante all'ufficio competente.

Ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale del
Comune di Capri Leone.

I dati sopra riportati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità del procedimento per i quali sono
richiesti e nel rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali"- D.Lgs. 196/2003.

Cognome..... **CRIMI**
Nome..... **MARIA GABRIELLA**
nato il..... **16-05-1975**
(atto n. **2123** P.1..... S. A.....)
a..... **MESSINA** (..... **ME**.....)
Cittadinanza..... **ITALIANA**
Residenza..... **CAPO D'ORLANDO (ME)**
Via..... **CONTRADA SANTA LUCIA, 24**
Stato civile..... **STATO LIBERO**
Professione..... **---**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... **1.70**
Capelli..... **CASTANI**
Occhi..... **CASTANI**
Segni particolari..... **NESSUNO**



Firma del titolare..... *Luca Sebaste Cia*
CAPO D'ORLANDO li..... **12-06-2017**

Impronta del..... **D'ORDINE DEL SINDACO**
indice sinistra..... **L'Istituto Amministrativo**
(Gaetano Costanzo)



AC 2014
TS
CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **CRMMGB75E56F158S** Sesso **F**

Cognome **CRIMI**
Nome **MARIA GABRIELLA**
Luogo di nascita **MESSINA**
Provincia **ME**
Data di scadenza **15/06/2023**
Data di nascita **16/05/1975**

Dati sanitari regionali

REGIONE SICILIANA

SCADE IL 16-05-2028



Dir. C.I. E. 10, 32
Dir. Segreteria E. 0, 26

AY 3603980



LPZS. SPA - O.C.V. - ROMA

REPVBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CAPO D'ORLANDO (ME)

CARTA D'IDENTITA'

N° AY 3603980

DI

CRIMI
MARIA GABRIELLA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome

CRIMI

4 Nome

MARIA GABRIELLA

5 Data di nascita

16/05/1975

6 Numero identificazione personale

CRMMGB75E56F158S

7 Numero identificazione dell'istituzione

SSN-MIN SALUTE - 500001

8 Numero di identificazione della tessera

80380001905014282964

9 Scadenza

15/06/2023