

Attestazione

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello in modo leggibile in ogni sua parte

Il sottoscritto_						
		lella Struttura/Ufficio				
		ione/Società				
C.F.						
_	_	Ente/Amministrazione/Società a fa				
con qualifica di						del citato CCNL
		DIC	HIARA			
•	•	nte dell'Ente/Amministrazione/Sogime delle incompatibilità di cui al			•	art.1, comma 2, del
		to della comunicazione della Cas rdine a n atti professionali co				
beni dete	nuti dallo	stati compiuti dal dipendente nello stesso/stessa in qualità di Geomostrazione/Società con l'Agenzia de	etra dipende			
		sono stati compiuti dal dipendente illo stesso/stessa;	nell'esclusi	vo interes	sse dell' Ente/Amr	ministrazione/Societa
Società su	ı beni det	i stessi sono stati compiuti dal dip tenuti dallo stesso/stessa, in virtù d Società con l'Agenzia delle Entrate	lell'apposita	convenzi	ione stipulata dall'	
1 1		a compiuti nell'interesse dell'Ente/Azione ai sensi dell'art.53 del D.lgs.		ore/Socie	età il Geometra dip	endente ha ricevuto
Anno	Nr.Atti	Di cui n. atti compiuti per l'Ente/Amministrazione/Società	Anno	Nr.Atti	Di cui n. atti l'Ente/Amministr	
2019			2022			
2020			2023			
2021				<u> </u>		
Da	nta				Firma e Tim	ibro

N.B. Allegare alla presente copia di un documento di riconoscimento in corso di validità

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL GDPR (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) 2016/679