

**Dichiarazione conferma assenza cause di incompatibilità ai sensi dell'art. 20 del Dlgs n. 39/2013**

La sottoscritta LOSCHI SIMONA, in relazione alla proposta del Sindaco di proroga dell'incarico di Responsabile del Settore FARMACIA dal 1° gennaio 2024 e fino al 30 giugno 2024, ai sensi dell'art. 20, comma 2, del decreto legislativo del 8 aprile 2013 n. 39, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

che, rispetto a quanto già precedentemente dichiarato:

non sono intervenute cause di incompatibilità ai sensi del medesimo decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni e/o integrazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Carpi, data della firma digitale

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

*documento firmato digitalmente*