



**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
ALLA NOMINA A REVISORE DEI CONTI DELL'ORDINE PROFESSIONALE**

IL / LA SOTTOSCRITTO

LOMBE ANTONIO
Cognome e nome

Nato/a a NAPOLI (Prov. NA) il 27/01/1980

Eletto/a Revisore dei Conti dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2015/ 2017,

consapevole

delle sanzioni previste dagli artt. 48 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci; nonché: delle conseguenze di cui all'art. 75 comma 1 del medesimo DPR e di cui al l'art 20 c. 5 del D.Lgs 39/2013; della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni di cui all'art. 17 del D.Lgs 39/2013,

dichiara

1. di non essere stato condannato/a , anche con sentenza non passata in giudicato,per uno dei reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale (art. 3 c. 1 D.Lgs 39/2013).
2. di non avere,nei due anni antecedenti l'assunzione della carica di Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta, svolto attività professionali finanziate o comunque retribuite dall'Ordine Provinciale (art. 4 c.1 lett.b) D.Lgs 39/2013).
3. di essere stato informato che i dati raccolti verranno pubblicati nel sito dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 c. 3 del D.Lgs 39/2013.

Il sottoscritto/a si impegna, all'eventuale verificarsi nel corso del triennio, di una causa di inconferibilità contemplata nel D.Lgs 29/2013 a darne tempestiva comunicazione all'Ordine professionale.

Si allega, ai fini della presente dichiarazione, copia di valido documento di identità.

Data 16 DIC. 2014

Antonio Lombe
Firma per esteso