

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ CON LO SVOLGIMENTO
DELL'INCARICO DI AMMINISTRATORE LOCALE**
(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000; D.Lgs. n. 39/2013)

Il sottoscritto Salvatore Ladaga, nato a Velletri (RM), il 18.01.1957, residente a Velletri (IM), via della Caranella, n. 7

consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R. n. 445/2000) e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, sotto la propria personale responsabilità:

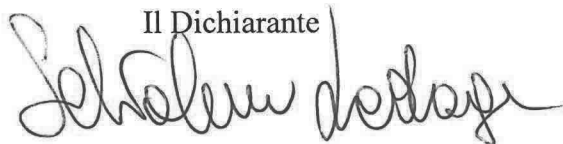
DICHIARA

Di non trovarsi in alcuna delle ostative previste dall'art. 20, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 39/2013 ai fini del mantenimento dell'incarico di membro del Consiglio di amministrazione del Valmontone Hospital S.p.a.

Il sottoscritto si impegna:

- a comunicare immediatamente ogni sopravvenuto evento ostativo;
- a rendere la presente dichiarazione con periodicità annuale.

Velletri, 20 dicembre 2024

Il Dichiarante


Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure sottoscritta ed inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.