

OGGETTO: Dichiarazione annuale ai sensi art. 20, comma 2, D. Lgs. n. 39/2013 sulla insussistenza delle cause di incompatibilità.

**Alla Provincia di Padova  
Area Segreteria Generale**

Il/La sottoscritto/a Baldin Sabrina

(cognome) (nome)

Nato/a a Piove di Sacco (PD) il 12/08/1971

(luogo) (prov.)

C.F BLDSRN71M52G693K.

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., in caso di dichiarazioni mendaci o, comunque, non più rispondenti a verità, **con riferimento all'incarico in corso di rappresentante della Provincia nel Consiglio di Amministrazione dell'Istituto "Luigi Configliachi per i minorati della vista" di Padova**

#### **D I C H I A R A**

che, ai sensi delle disposizioni di cui ai Capi V - VI del D. Lgs. 8.4.2013 n. 39 non sussistono cause di incompatibilità.

#### **S I I M P E G N A**

a comunicare tempestivamente l'insorgere di eventuali cause di incompatibilità e, comunque, a rendere la presente dichiarazione con cadenza annuale ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D. Lgs. n. 39/2013.

Brugine li, 03/01/2024

Firma

---

