

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
Resa ai sensi degli articoli 47 e 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
in relazione all'incarico di _____
conferito dalla CCIAA di Bologna in data _____

- consapevole che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000);
- visto l'art. 1 commi 471-472-473-474 della L. 147/2013 e l'art. 13 c. 1 del d.l. 66/2014 che stabiliscono che non possono essere erogati trattamenti economici comunque denominati a carico delle finanze pubbliche, eccedenti l'importo di € 240.000,00 annui lordi, derivanti:
 - da rapporti di lavoro subordinato o autonomo intercorrenti con autorità amministrative indipendenti, con gli enti pubblici economici e con le pubbliche amministrazioni, ivi incluso il personale di diritto pubblico;
 - dall'essere componente di organi di amministrazione direzione e controllo delle società amministrative indipendenti e delle amministrazioni pubbliche;
 - da somme comunque percepite da parte di uno o più organismi o amministrazioni ovvero società partecipate in via diretta o indiretta dalle predette amministrazioni;
- vista la circolare n. 3 del 18/3/2014 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica che fornisce chiarimenti alle norme in oggetto, in particolare riguardo alla competenza di cassa per i trattamenti pensionistici e le retribuzioni di risultato per il personale dirigenziale e altri analoghi emolumenti ed alla competenza economica per gli emolumenti stipendiali e gli altri compensi;
- consapevole altresì che in mancanza della presente dichiarazione non si procederà all'erogazione di alcun compenso

DICHIARA A TUTT'OGGI

1)

- ☐ di non essere destinatario di trattamenti economici lordi, derivanti sia da rapporti di lavoro subordinato sia da collaborazioni autonome o incarichi **a carico delle finanze pubbliche;**
- ☐ di essere destinatario di trattamenti economici lordi, derivanti sia da rapporti di lavoro subordinato sia da collaborazioni autonome o incarichi **a carico della finanza pubblica** conferiti da:

1. Ente/Società conferente _____
codice fiscale _____
data inizio incarico _____ data fine incarico _____

2. Ente/Società conferente _____
codice fiscale _____
data inizio incarico _____ data fine incarico _____

3. Ente/Società conferente _____
codice fiscale _____
data inizio incarico _____ data fine incarico _____

2)

- ☐ di non percepire trattamenti pensionistici da gestioni previdenziali pubbliche;
- ☐ di essere titolare dei seguenti trattamenti pensionistici **a carico delle finanze pubbliche:**

pensione percepita da _____	(indicare l'Ente erogatore)
-----------------------------	-----------------------------

pensione percepita da _____	(indicare l'Ente erogatore)
-----------------------------	-----------------------------

pensione percepita da _____	(indicare l'Ente erogatore)
-----------------------------	-----------------------------

- che i trattamenti percepiti sopra specificati a carico della finanza pubblica (secondo i criteri di cassa e di competenza precisati nella premessa) unitamente al compenso da erogarsi dalla Camera di Commercio di Bologna non eccedono complessivamente l'importo di € 240.000,00 annui lordi;

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Reg.UE 2016/679 ed in conformità con il D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e saranno trattati come descritto nell'informativa presente sul sito www.bo.camcom.gov.it

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi mutamento della suddetta situazione fino al persistere di rapporti di incarico/collaborazione con la CCIAA di Bologna ed in ogni caso fino alla completa estinzione del credito vantato dalla CCIAA di Bologna.

DATA DI RILASCIO DELLA DICHIARAZIONE

IL DICHIARANTE

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ
(non è necessario in caso di firma digitale del presente modello e successivo invio via pec)

Per informazioni per la compilazione contattare l'ufficio Contabilità (ragioneria@bo.camcom.it – tel. 0516093479/429).