

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER LA CANDIDATURA PER LA DESIGNAZIONE DI UNA TERNA DI NOMINATIVI PER LA NOMINA DI N. 1 CONSIGLIERE DEL CONSIGLIO DI INDIRIZZO DELLA FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI SAN MINIATO IN RAPPRESENTANZA DEL COMUNE DI SANTA CROCE SULL'ARNO IN SOSTITUZIONE DI UN MEMBRO DIMISSIONARIO.

**Al Sindaco del
Comune di Santa Croce sull'Arno
Piazza del Popolo n.8
56029 Santa Croce sull'Arno**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ Prov. (_____) il _____,
residente a _____ Via _____
n. _____ C.F. _____ Tel. _____
Cell. _____ email _____
PEC _____

dichiara la propria disponibilità ad essere designato

per la nomina come rappresentante del Comune di Santa Croce sull'Arno presso il

**il Consiglio di Indirizzo della Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato in
sostituzione del membro dimissionario**

A tal fine sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

1. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
2. di essere in possesso dei requisiti previsti dagli artt. 2 e 4 degli indirizzi per la nomina, designazione e revoca dei rappresentanti del Comune presso enti aziende ed istituzioni, approvati dal Consiglio Comunale con deliberazione n. 27 del 24.07.2019;
3. di non trovarsi in una qualunque delle cause di ineleggibilità o incompatibilità previste, in relazione all'elezione alla carica di Consigliere, degli artt. n. 60 e 63 del D.Lgs n. 267/2000 e successive modificazioni ed integrazioni;

4. di non trovarsi in nessuna delle condizioni previste dal D.Lgs n. 235 del 31.12.2012 e dal D.Lgs 39/2013;

Dichiara inoltre di autorizzare il Comune di Santa Croce sull'Arno, ai sensi del Regolamento U.E. n. 679 del 27.04.2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei dati personali per le finalità collegate alla procedura di nomina di cui all'apposito Avviso.

Allegati:

- Fotocopia del documento di identità;
- Curriculum vitae;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione secondo il modello richiesto dalla Fondazione CRSM.

Data _____

(firma del candidato)