

**DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DEL D.L.G.S. 8 APRILE 2013 N. 39 PER L'INCARICO DI CONSIGLIERE (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ EX ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000).**

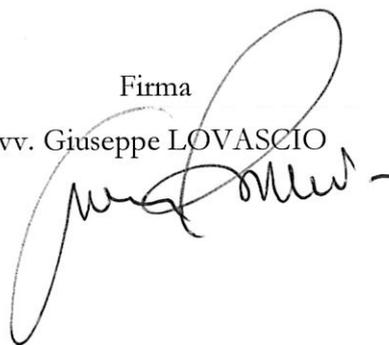
Il sottoscritto Giuseppe LOVASCIO nato a BARI (Prov.BA) il 20/06/1963 residente in CONVERSANO al vico I° di via Lipari n.9, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i. Nel caso di dichiarazioni mendaci, nonché delle sanzioni di cui all'art.20, comma 5, del D.Lgs 39/2013 e s.m.i., dichiara sotto la propria responsabilità di:

1. non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. 39/2013 e s.m.i.;
2. essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall' art. 20 del D. Lgs n. 39/2013 e s.m.i. la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito <https://fondazione.divagno.it/trasparenza-documenti>
3. autorizzare espressamente la Città Metropolitana di Bari al trattamento dei propri dati personali nel rispetto della tutela e riservatezza dei cittadini, tenuto conto di quanto disposto dalle norme in materia di protezione dei dati personali, di quelli sensibili e giudiziari.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Conversano, 22 maggio 2024

Firma  
Avv. Giuseppe LOVASCIO



Si allega fotocopia documento di riconoscimento

Cognome **LOVASCIO**  
 Nome **GIUSEPPE**  
 nato il **20-06-1963**  
 (atto n. **697 P. I S. A. 1963**)  
 a **BARI (BA)**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **CONVERSANO (BA)**  
 Via **VICO PRIMO DI VIA LIPARI 9**  
 Stato civile **=====**  
 Professione **=====**  
**CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI**  
 Statura **180**  
 Capelli **Brizzolati**  
 Occhi **Castani**  
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare *Giuseppe Lovascio*  
**CONVERSANO** li **30-06-2021**

Impronta del dito indice sinistro

**IL SINDACO**  
**PROVVISORE AMM.VO**  
**DR. ANGELO FACCIAPAGLIA**