

Alla **DOLOMITI BUS S.p.A.**

Via Col da Ren, 14

32100 BELLUNO

**3 - DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE  
DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI**

presso pubbliche amministrazioni, enti pubblici, enti di diritto privato in controllo pubblico ed enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di cui all'art. 20 del D.Lgs. n. 39 del 2013

Io sottoscritto:

Cognome <b>MARLANI</b>	Nome <b>GABRIELE</b>	Nota al <b>BELLUNO - 22/12/76</b>
Nella sua qualità di <b>CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE</b>	Società o Ente <b>Dolomiti Bus S.p.A.</b>	Sede <b>Belluno, Via Col da Ren n.14</b>

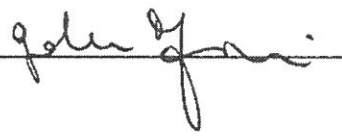
Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modificazioni, consapevole delle sanzioni, anche penali, previste dal richiamato D.P.R., per la presentazione di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARO**

Come previsto dall'art. 20, commi 1 e 2 del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013:

- Di non avere situazioni di inconferibilità della carica di Amministratore Delegato e Componente il Consiglio di Amministrazione di Dolomiti Bus S.p.A.;
- Di non avere situazioni di incompatibilità con la carica di Amministratore Delegato e Componente il Consiglio di Amministrazione di Dolomiti Bus S.p.A.;

Data, **8/7/21**

Firma del dichiarante 

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato con la seguente modalità:

- Sottoscritta in forma analogica (su carta) ed allegando la copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante, se inviata attraverso il servizio postale o all'ufficio competente via fax.



IPZS SPA - O.C.V. - ROMA



Cognome **MARIANI**  
 Nome **GABRIELE**  
 nato il **23/12/1976**  
 (atto n. **4160** P. **I** S. **A**)  
 a **MILANO** (..... **MI**)  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **ZELO BUON PERSICO (LO)**  
 Via **LODI PR. HIGNETE n. 2/E**  
 Stato civile **CONIUGATO**  
 Professione **DIRIGENTE**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura **1.82**  
 Capelli **CASTANI**  
 Occhi **VERDI**  
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare *Gabriele Mariani*  
**ZELO BUON PERSICO**, **06/04/2013**  
 Impronta del dito indice sinistro **IL SINDACO**  
**Il Funzionario Incaricato**  
*(Immediata Maria Rosaria)*  
 Euro 10.58

REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **MRNGRL76T23F205T** Sesso **M**

Cognome **MARIANI**  
 Nome **GABRIELE**

Data di scadenza **10/08/2022**

Luogo di nascita **MILANO**  
 Provincia **MI**

Data di nascita **23/12/1976**

Regione Lombardia

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome **MARIANI**  
 4 Nome **GABRIELE**  
 5 Data di nascita **23/12/1976**  
 6 Numero di identificazione nazionale **MRNGRL76T23F205T**  
 7 Numero di identificazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**  
 8 Numero di identificazione dell'assicuratore **80380000305065433098**  
 9 Scadenza **10/08/2022**