

Inconferibilità e Incompatibilità, ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

All'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP Via Torraca,2

85100 POTENZA

II/La sottoscritto/a		<u> </u>
nato/a a	il	, nella
sua qualità di Direttore/Responsabile della U.O/UO	SD:	
		sede di
	• •	
Consapevole delle responsabilità civili, amministr	rative e penali, relative a d	lichiarazioni false o
mendaci, ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000		
DICHI	ARA	
□ Di non incorrere in alcuna delle cause di inconfe	eribilità e incompatibilità di	incarichi presso le
pubbliche amministrazioni e presso gli enti priva	ti in controllo pubblico, pre	viste dal D. Lgs. n.
39/2013.		
□ SI ALLEGA ELENCO DI TUTTI GLI INCARICHI RICC	OPERTI NONCHE' DELLE EVE	NTUALI CONDANNE
SUBITE PER I REATI COMMESSI CONTRO LA PUBBLIC	CA AMMINISTRAZIONE.	
, 1ì		
	In fede	

DPR n. 445/2000:

Ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e della vigente normativa in materia.

Ai sensi dell'art. 75 DPR n. 445/2000, qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003:

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP.

Responsabile del trattamento è la Dr.ssa Beatrice Nolè, in qualità di Responsabile per la prevenzione della corruzione. I dati forniti saranno trattati, secondo le vigenti disposizioni di legge, per le sole finalità del procedimento per il quale sono richiesti ed utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il rifiuto a fornire i dati personali richiesti comporterebbe l'impossibilità di procedere alla nomina ed alla sottoscrizione del relativo contratto.