REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl n° 7 Carbonia

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013

Il/La sottoscritto/a CARLO MONTALBO nato/a [redacted] il [redacted]

in relazione al conferimento dell'incarico dirigenziale DIR. DIPARTIMENTO

Visto il D.Lgs 8 aprile 2013 "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli Enti Privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della L. n. 190/2012*", sotto la propria responsabilità e consapevole:

a. Delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;

b. Delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci;

c. Della decadenza dagli incarichi svolti in una delle situazioni di incompatibilità previste dal D.Lgs. N. 39/2013;

d. Dell'obbligo di pubblicazione della presente dichiarazione sul sito web istituzionale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Carbonia, in applicazione dell'art. 20 del D.Lgs. N. 39/2013;

Dichiara

Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal D. Lgs. n. 39/2013, ed in particolare:

☒ Di essere consapevole che l'incarico dirigenziale ricoperto è incompatibile con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla A.S.L. n. 7 di Carbonia, se la funzione da svolgere è connessa all'esercizio di poteri di vigilanza o di controllo sulle attività svolte dai predetti enti, e di non trovarsi in tale situazione di incompatibilità (art. 9, comma 1 del D.Lgs. n. 39/2013);

☒ Di non svolgere in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dalla A.S.L. n. 7 di Carbonia (art. 9, comma 2, del D. Lgs. n. 39/2013;

☒ Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 12 del D. Lgs. n. 39/2013;

Il/La sottoscritto/a si impegna all'eventuale verificarsi, nel corso dell'incarico, di una causa di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. n. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione.

Oppure

☐ che sussistono le seguenti cause di incompatibilità previste dal D. Lgs. n. 39/2013:

_____

_____

Il/La sottoscritto/a si impegna a rimuovere la/le causa/e di incompatibilità sopra indicata/e entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione e di darne idonea comunicazione nel medesimo termine al Responsabile per la prevenzione della corruzione della ASL 7 di Carbonia.

Carbonia, 27-01-2014

(firma)

Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D.Lgs n. 196/2003 e s m i. – Il Responsabile del trattamento è la Responsabile del Servizio AA.GG.LL., Dr ssa Maria Teresa Garau, in qualità di Responsabile per la prevenzione della Corruzione.
I dati forniti saranno trattati secondo le disposizioni di legge per le sole finalità del procedimento per i quali sono richiesti ed utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Spazio riservato all'Ufficio ricevente, da utilizzare in alternativa all'allegazione della fotocopia del documento di identità in corso di validità
Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

_____ il dipendente addetto (timbro e firma)