

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D.Lgs. 08.04.2013, n. 39 (in G.U. n. 92 del 19.04.2013, in vigore dal 04.05.2013) – (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 legge 06 novembre 2012, n. 190)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

All'Azienda Sanitaria Provinciale
Di Crotone

La sottoscritta Elisabetta Rosa Tripodi, nata a [REDACTED] il [REDACTED] e residente [REDACTED] in via [REDACTED]

- Visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013,
- Visto il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, art. 76

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di non incorrere in alcune delle cause di inconferibilità per l'assunzione dell'incarico di Direttore Amministrativo dell'ASP di Crotone, previste dall'art. 3 comma 11 del D.Lgs. 30.11.92 n. 502 e successive modificazioni e dagli articoli 3, 5, e 8 Dlgs 39/2013 o in alcune delle cause di incompatibilità di cui agli articoli 10 e 14 dello stesso decreto legislativo n. 39/2013. Dichiaro inoltre di non versare in alcuna situazione di conflitto di interessi con l'Azienda Sanitaria Provinciale nè di avere eventuali contenziosi con la stessa

si impegna

Ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi

Allega copia patente di guida

Luogo e data

____Rosarno 03/12/2024____

Il dichiarante
(Firma leggibile per esteso)

