

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Relativa alle cause di inconferibilità/ incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e successive modificazioni e integrazioni)

Il/La sottoscritto/a Alessandro Comi matr. n. _____ nato/a a CUGLIARI il 29/07/64 in servizio in qualità _____ in relazione al conferimento del seguente incarico DIRETTORE G.D. SALUTE RENTE G.P. presa visione della normativa introdotta dal D.Lgs 08/04/2013 n. 39, indicato in epigrafe, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(barrare solo la casella che interessa)

☒ di non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative di inconferibilità /incompatibilità previste dal .Lgs. 39/2013

Oppure

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

Ovvero

Di aver ricoperto l'incarico di _____

Ricoperto dal _____

Di ricoprire l'incarico di _____

Dal _____

E di impegnarsi a rimuoverla entro 15 giorni dalla data della presente dichiarazione. Nelle more della scadenza del termine di 15 giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata dalla causa di inconferibilità/ incompatibilità, che dovrà entro il medesimo termine, essere comunicata al Servizio Risorse Umane.

Il sottoscritto si impegna a comunicare al Servizio suddetto, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Sanluri,

13/11/14

Il dichiarante

