

1.4.03 GS
71

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RELATIVA ALLE CAUSE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL D. LGS. 8 APRILE 2013, N. 39

Il/La sottoscritto/a DELFINO DARIO ^{Nota} a REGGIO CALABRIA (RC) il
dipendente dell'ASL della Provincia di Pavia con la qualifica di
DIRIGENTE RESICO in relazione al conferimento del seguente incarico dirigenziale:

- Direttore di Dipartimento _____
- Responsabile di struttura complessa UOC _____
- Responsabile di struttura semplice UOS GESTIONE INTEGRATA SISTEMI
AUTOCONTROLLO IAN SV

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del summenzionato D.P.R., sotto la propria responsabilità, secondo quanto previsto D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33,

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di incompatibilità di incarichi previste dai capi V e VI del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39;

oppure

che sussistono le seguenti cause di incompatibilità previste dai capi V e VI del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39:

Descrizione incarico ricoperto	Disposizione di riferimento del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39	Data di conferimento e durata dell'incarico (la proroga si considera come conferimento di nuovo incarico)

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione (solo per gli incarichi e le proroghe sopravvenuti dopo il 4 maggio 2013). Nelle more della scadenza del termine di 15 giorni, l'acquisizione di efficacia dell'eventuale nomina rimane comunque condizionata dalla rimozione delle cause di incompatibilità, che dovrà, entro il suddetto termine, essere comunicata al Responsabile Unico per la Trasparenza e l'Anticorruzione e all'UOC Risorse Umane e Organizzazione dell'ASL della Provincia di Pavia, tramite posta PEC o raccomandata a A.R.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente al Responsabile Unico per la Trasparenza e l'Anticorruzione e all'UOC Risorse Umane e Organizzazione dell'ASL della Provincia di Pavia, utilizzando il medesimo modulo, ogni variazione riferita alla situazione personale sopra dichiarata e si impegna altresì a rendere annualmente la presente autocertificazione, pur se negativa.

DATA

5/12/2014

FIRMA DEL DICHIARANTE

[Handwritten signature]

Quanto sopra anche ai fini della pubblicazione della presente dichiarazione sul sito internet dell'ASL della Provincia di Pavia, come previsto dal D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39.

Ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario incaricato ovvero sottoscritta e inviata, insieme a copia di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.

A.S.L. - PAVIA Viale Indipendenza, 3
12 DIC. 2014
85610