DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E INCONFERIBILITA'
(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto __Marcello Giuseppe Acciaro_, nato a [redacted]

(prov.__S.p.) il [redacted] residente a [redacted]

Via [redacted] nella sua qualità di Direttore Generale dell' Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 2 Gallura, **ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/200, sotto propria personale responsabilità**

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità e inconferibilità in conformità alla normativa vigente alla data del conferimento del suddetto incarico ai sensi del D. Lgs. 39/201.

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'amministrazione eventuali cause di incompatibilità che dovessero verificarsi prima delle scadenze dell'incarico nonché a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013.

Allega copia del documento di riconoscimento, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n.445/00 e consapevole delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii., applicabili in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R. n. 445/00, nonché dei controlli che questa Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, secondo le modalità previste dall'art. 71 del medesimo D.P.R. 445/00.

Olbia, _____

Il/La Dichiarante