

Olbia, 20/06/2022

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E INCONFERIBILITA'

(dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Il sottoscritto Raffaele De Fazio nato a [redacted] il [redacted] residente a [redacted] in Via [redacted] nella sua qualità di Direttore Sanitario dell'Azienda socio sanitaria locale n. 2 della Gallura, **ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto propria personale responsabilità**

DICHIARA

che per l'incarico di Direttore Sanitario conferito con Deliberazione n. 155 del 20/06/2022 dal Direttore Generale dell'Azienda socio sanitaria locale n. 2 della Gallura non sussiste alcuna delle cause di inconferibilità ed incompatibilità in conformità alla normativa vigente alla data del conferimento del suddetto incarico ai sensi del D.Lgs 39/2013.

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'amministrazione eventuali cause di incompatibilità che dovessero verificarsi prima della scadenza dell'incarico nonchè 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 dichiara di essere a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e ss.mm.ii. applicabili in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dei 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, nonchè dei controlli che questa Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, secondo le modalità indicate dall'art. 71 del medesimo D.P.R. 445/00.

Olbia li, 20/06/2022

Firma _____

