

DICHIARAZIONE DI INESISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il secondo
quanto previsto dall'art. 15 della legge 12 novembre 2011, n. 183, nella piena consapevolezza di
quanto disposto sia dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in merito alla responsabilità
penale conseguente a falsità in atti ed a dichiarazioni mendaci, che dall'art. 75 del medesimo
decreto, il quale prevede la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento
emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, a norma degli artt. 45 e 46 del d.P.R. n.
445/2000 come novellato:

DICHIARA

all'atto del conferimento dell'incarico

per l'anno

in relazione all'incarico dirigenziale

a) di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità di incarichi di cui al decreto
legislativo 8 aprile 2013 n. 39 e in particolare:

- ⑩ di non aver subito condanna, anche non definitiva o anche a seguito di patteggiamento, per
uno dei reati previsti dal titolo II capo I libro secondo del codice penale;
- ⑩ di non aver esercitato nei due anni precedenti attività professionale in proprio regolata,
finanziata o comunque retribuita dall'amministrazione;

b) di essere consapevole delle misure e sanzioni previste dagli articoli 17, 18 e 19 del Decreto
Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 in caso di incarico conferito o conferendo in violazione delle vigenti
norme, che di seguito si riportano in sintesi e senza carattere di esaustività:

- ⑩ nullità degli atti di conferimento dell'incarico;
- ⑩ responsabilità amministrativa in capo ai componenti dell'organo che ha conferito l'incarico;

- ⑩ divieto trimestrale per i componenti dell'organo che ha conferito incarichi dichiarati nulli di conferire incarichi di loro competenza;
- ⑩ decadenza dall'incarico incompatibile e contestuale risoluzione del relativo contratto decorsi quindici (15) giorni dalla contestazione da parte del Responsabile Anticorruzione;
- ⑩ inconfiribilità di qualsiasi incarico per cinque anni in caso di accertata dichiarazione mendace circa l'insussistenza di cause d'inconfiribilità/incompatibilità di incarichi.

c) di non trovarsi in alcuna situazione di conflitto di interesse attuale o potenziale rispetto all'incarico e alla funzione pubblica esercitata;

d) di non incorrere nelle cause di incompatibilità/inconfiribilità previste dal D.lvo 30 dicembre 1992, n. 502, riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, come applicato dalla disciplina generale in materia di incompatibilità e cumulo di incarichi prevista dall'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001;

e) di () essere titolare / () non essere titolare di partecipazioni azionarie e interessi finanziari che possono generare conflitto di interessi con la funzione pubblica e l'incarico ricoperti:

.....

.....

.....

.....

.....

f) di () avere / () non avere parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongono in contatti frequenti con l'ufficio diretto o coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio e all'incarico ricoperti;

g) di () avere / () non avere, attualmente o negli ultimi tre anni, rapporti diretti o indiretti di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti nelle seguenti situazioni:

La sottoscrizione deve essere effettuata in presenza dell'impiegato addetto oppure producendo contestualmente alla domanda, presentata anche in forma digitale, una copia fotostatica, non autenticata, di un documento personale d'identità.

- ⑩ in prima persona;
- ⑩ parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente hanno ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;
- ⑩ tali rapporti sono intercorsi o intercorrono con soggetti che hanno interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio o incarico limitatamente alle funzioni affidate.

A norma del D.Lgs. n. 196/2003 i dati sopra riportati nonché quelli contenuti nella documentazione allegata sono utilizzati dall'Azienda sanitaria ARES Sardegna esclusivamente per i fini previsti dalla normativa vigente, dichiara inoltre, di aver preso visione dell'informativa sulla *privacy* e il trattamento dei dati personali pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale di ARES Sardegna.

.....
(luogo, data)

.....
(firma)