

Azienda Prov. per i Servizi Sanitari A.O.O. - APSS-01	
27 FEB. 2018	
N. PROT. 0033085	CLASSIFICAZIONE

All'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Via Degasperi, 79 - TRENTO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ
RELATIVA ALLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ**

ai sensi del D.Lgs. 39/2013 e dell'artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.

La sottoscritta ROSA MAGNONI nata il 27/01/1966, consapevole delle sanzioni amministrative e penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013, in relazione all'incarico dirigenziale di DIRETTORE AMMINISTRATIVO presso l'APSS conferito con Deliberazione del D.G. nr. 11 del 13/01/2017, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

In relazione a quanto previsto dal d.lgs. 8 aprile 2013, n.39:

con riferimento alle cause di incompatibilità

- ☒ di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di incompatibilità di cui all'articolo 10 del d.lgs. n. 39/20103
ovvero
- ☐ di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 39/20103 (*indicare la data da cui si è verificata la situazione*) _____
- ☒ che il coniuge/parente/affine entro il 2° grado non si trova nelle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 39/20103
ovvero
- ☐ che il coniuge/parente/affine entro il 2° grado si trova nella seguente situazione di incompatibilità di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 39/20103 (*indicare nome, cognome, grado di parentela e data da cui si è verificata la situazione*) _____
- ☒ di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di incompatibilità di cui all'articolo 14 del d.lgs. n. 39/20103;
ovvero
- ☐ di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità di cui all'articolo 14 del d.lgs. n. 39/20103 (*indicare la data da cui si è verificata la situazione*) _____
- di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito aziendale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;
- di impegnarsi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione al responsabile della prevenzione della corruzione, così come ad informarlo tempestivamente del verificarsi di una causa di incompatibilità sopravvenuta di cui all'art. 3 c. 6 del D.Lgs. 39/2013.

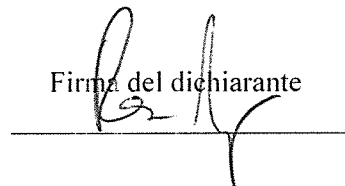
Dichiarazione annuale

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il sottoscritto/a autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data

Trento, 27 FEB. 2018

Firma del dichiarante



Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n 445/2000 la presente dichiarazione:

- ☐ è stata sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto _____
(indicare in stampatello il nome del dipendente)
- ☒ è pervenuta già sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore