

AZIENDA PROV.LE PER I SERVIZI SANITARI A.O.O. - APSS-01	
16 GEN. 2017	
N. PROT. 0006446	DICHIARAZIONE

All'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Area sviluppo organizzativo
Servizio Acquisizione e sviluppo
Via Degasperi, 79 - TRENTO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ
RELATIVA ALLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ' E DI INCOMPATIBILITÀ'
ai sensi del D.Lgs. 39/2013 e dell'artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.**

Il/La sottoscritto/a BST MAGNONI nato/a a CLUS (TN)
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 Dirigente Amministrativo presso l'APSS conferito con Deliberazione del D.G. nr. 11 dd. 13.01.17 sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- ♦ che nei propri confronti non sussistono cause di **inconferibilità**, come stabilite dagli artt. 3-5-8 del D. Lgs. 39/2013, per il conferimento dell'incarico da parte dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;
- ♦ che nei propri confronti non sussistono cause di **incompatibilità**, come previste dagli artt. 10-14 del D.Lgs. n. 39/2013, per il conferimento dell'incarico da parte dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento
- ♦ è titolare dei seguenti incarichi e cariche conferiti prima del 4 maggio 2013 (data di entrata in vigore del D.Lgs. 39/2013) e non ancora cessati alla data di sottoscrizione della dichiarazione per i quali le disposizioni sull'incompatibilità non trovano applicazione come previsto dall'art. 29-ter della L.98/2013

Amministrazione/Ente conferente	Tipologia di incarico/carica	Data di nomina/conferimento	Data di scadenza/cessazione
/	/	/	/

- ♦ 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 inconferibilità o di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione al responsabile della prevenzione della corruzione.

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 16/01/2017

Firma del dichiarante
[Firma]

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 per posta interna o via mail all'indirizzo acquisizione.sviluppo@apss.tn.it (in tal caso, inviare la scansione tramite due allegati separati rispettivamente della dichiarazione e del documento di identità)