

**DICHIARAZIONE¹ SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' ED
INCONFERIBILITA' RISPETTO AL CONFERIMENTO DI INCARICO DIRIGENZIALE RESA
AI SENSI DELL'ART.20 D.LGS 39 08/04/2013**

Il/La sottoscritto/a POLITO PASQUALE

Nato/a a _____ il _____

Dirigente in servizio presso la ASL Roma 5, struttura VOC NEFROLOGIA E DIALISI PD.TIVOLI

Titolare dell'incarico di (o ai fini del conferimento dell'incarico) DIRETTORE VOC

Consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c.5 del D.lgs 39/2013, in caso di dichiarazione mendaci

Preso visione degli articoli del D.lgs 39 del 08/04/2013

DICHIARA

- ~~trovarsi~~ / ~~non trovarsi~~ in alcuna delle situazioni di **inconferibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo 29 08/04/2013;
- ~~trovarsi~~ / ~~non trovarsi~~ in alcuna delle situazioni di **incompatibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo 29 08/04/2013;

SI IMPEGNA

Ai sensi dell'art. 20 D.lgs 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale, entro e non oltre il 31 gennaio di ogni anno, e di comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Luogo e data, Rome 20/7/2020

IL DICHIARANTE

¹ Ai sensi dell'art.38 DPR 28 dicembre 2000n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato o in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.