

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(AI SENSI DEGLI ARTT. 47 E 38 DEL D.P.R. n. 445/2000)

Comunicazione obbligatoria dell'assenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità (D.Lgs.39/2013)

Il/La sottoscritto/a PILLAI FEDERICA, nato/a a CAGLIARI

consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R., e di cui all'art. 20, comma 5, del D.lgs 39/2013, sotto la propria personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D.Lgs 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190", consapevole altresì della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.lgs 39/2013.

DICHIARA

Con riferimento alla nomina di Direttore Amministrativo della ASL 6 del Medio Campidano di cui alla deliberazione n. 401 del 07/11/2022, l'insussistenza di cause di inconfiribilità ed incompatibilità, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 39/2013 ed in particolare:

A) ai fini delle cause di inconfiribilità:

- di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, c.1. lett. e) del D.lgs. n. 39/2013);
- di non avere, nei due anni antecedenti il conferimento dell'incarico, svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 5 del D.lgs. n. 39/2013);
- di non trovarsi in nessuna delle cause di inconfiribilità di cui all'art. 8 del D.lgs. 39/2013;

B) ai fini delle cause di incompatibilità (art. 10 del D.lgs n. 39/2013)

Di essere consapevole che il presente incarico è incompatibile:

- con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale;

- con lo svolgimento in proprio di attività professionale se questa è regolata o finanziata dal Servizio sanitario Regionale;
- che tale incompatibilità sussiste allorché gli incarichi e le cariche elettive siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado;
- di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità prevista dall'art. 14, commi I, II del D.lgs. n. 39/2013;

Dichiaro inoltre di impegnarmi:


- nel corso dell'incarico, a presentare annualmente la dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità contemplate dal Dlgs n. 39/2013 e a darne tempestiva comunicazione in caso di sopravvenienza;
- a rimuovere, ai sensi dell'art. 19, comma 1 del D.Lgs. n. 39/2013, l'eventuale causa di incompatibilità, entro il termine perentorio di 15 giorni dalla contestazione, pena la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto;

Dichiaro, altresì, di essere informato/a:

- che la presente dichiarazione verrà pubblicata nel sito dell'Azienda in ossequio alle disposizioni di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190 e relativi decreti attuativi;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma



SANLURI 30.11.22