

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
ED INCOMPATIBILITA'

Il sottoscritto/La sottoscritta MARIA CAROSUINI nato/nata a _____
_____ il 1 _____,
C.F. B in riferimento all'attribuzione dell'incarico
di FARMACISTA

presa visione della normativa introdotta dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, consapevole di quanto previsto dall'art. 20, comma 5, del sopracitato D. Lgs. 39/2013 in riferimento all'inconferibilità di incarichi per un periodo di cinque anni in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole, altresì, di quanto stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità ed incompatibilità di cui al Decreto Legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, comma 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190";
- di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicazione tempestiva in ordine all'insorgere di eventuali variazioni relative a cause di inconferibilità ed incompatibilità di cui al Decreto Legislativo 39/2013 che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico medesimo;

Ho letto e compreso l'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE fornita dalla A.S.L. Rieti e conferisco i miei dati personali necessari per tutti gli adempimenti connessi al rapporto di lavoro.

Rieti 03/01/2022

(Luogo e data)

Maria Carosuni

(Firma del Dichiarante)