Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
relativa alla insussistenza delle
Cause di Inconferibilità e/o Incompatibilità
ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013
(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Prot. n. 12307 del 21/03/2023

Il sottoscritto **GELMINI GIAN-PAOLO** matr. **21941**
nato a **VERONA (VR)** il **09/07/1959**

in relazione al conferimento del seguente incarico dirigenziale presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda

STRUTTURA SEMPLICE ELETTROFISIOLOGIA DESENZANO

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e degli articoli 19 e 20 - comma 5 - del D.Lgs 39/2013, sotto la propria personale responsabilità, ai fini del D.Lgs. n. 39/2013,

dichiara

X l'insussistenza a proprio carico di cause di **inconferibilità e/o incompatibilità** all'incarico, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 39/2013,

☐ di aver fatto cessare le cause di **inconferibilità e/o incompatibilità** all'incarico dal giorno _____, come da documentazione allegata;

☐ che sussistono le seguenti cause di **inconferibilità e/o incompatibilità** ai sensi delle disposizioni richiamate nel D.Lgs. n. 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

_____
_____

e di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.
Il/La sottoscritto/a - preso atto dell'informativa predisposta dall'A.S.S.T. del Garda, consultabile sul sito internet www.asst-garda.it alla sezione privacy, in conformità al G.D.P.R. 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) - dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Dichiara altresì di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013.

Desenzano, del 21/03/2023 F.to Dr. GELMINI GIAN-PAOLO

Allega alla presente dichiarazione copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.