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 :19210 DEL 08/05/2023

La sottoscritta **POLO SILVIA** matr. **30045**

Nata a **TRIESTE** il **01/02/1962**

in relazione al conferimento del seguente incarico dirigenziale presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda **STRUTTURA COMPLESSA MEDICINA GENERALE GAVARDO**,

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

☒ 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 di **inconferibilità e/o incompatibilità** all'incarico dal giorno _____, come da documentazione allegata;

☐ che sussistono le seguenti cause di 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.

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.
La sottoscritta -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 informata 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.

Gavardo 05/05/2023 **F.to Dr.ssa SILVIA POLO**

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