



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.)

Il/La sottoscritto/a FERRINO GARDONI matr. 30025

nato/a a PEDERNAGA BS il 23-1-62

in relazione al conferimento del seguente incarico dirigenziale presso l'Azienda Socio Sanitaria
Territoriale del Garda DIRIG. AMM. VO ST. COMPLESSA

RIS. SERV. TBC

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 **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 dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.196/2003, 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.

D. Ferrino, li 21-3-17

IL DICHIARANTE

[Firma]
(firma leggibile)

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