



**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. 34517 dell'8/9/2021

Il sottoscritto TAFUNI FRANCESCO matr. 42045

Nato BARI il 20/08/1987

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

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 -preso atto dell'informativa predisposta dall'A.S.S.T. del Garda, consultabile sul sito internet [www.asst-garda.it](http://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.

Gavardo, 6/9/2021

Fto Tafuni Francesco

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

987/S rev.1 del 24/09/2018