

11974-22/06/2021

Corrispondenza interna

All. Utente 2 (A02)

Azienda Prov. per i Servizi Sanitari

A.O.O. - APSS-01

Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Rev.0/6.21

01 GIU. 2023

Provincia Autonoma di Trento

MODELLO 2

N. PROT.

CLASSIFICAZIONE

0096349

DIRIGENTI INTERNI E DIRIGENTI ESTERNI RUOLO PTA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ
RELATIVA ALLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E DI INCOMPATIBILITÀ**

ai sensi del D.Lgs. 39/2013 e dell'artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.

(dichiarazione da rilasciare all'atto del conferimento dell'incarico e annualmente entro il 30.6)

La sottoscritta/a PADOVAN ROBERTA consapevole delle sanzioni amministrative e penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013, in relazione all'incarico dirigenziale di cui risulta attualmente titolare presso l'APSS, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

a. Inconferibilità

di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità¹ previste dagli artt. 3 e 4 del D.Lgs. 39/2013, per il conferimento dell'incarico da parte dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;

b. Incompatibilità

di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità² previste dagli artt. 9 e 12 del D.Lgs. n. 39/2013, per il conferimento dell'incarico da parte dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

ovvero

di essere titolare dei seguenti incarichi previsti dagli artt. 9 e 12 del D.lgs. 39/2013:

| Amministrazione/Ente conferente | Tipologia di incarico/carica | Data di nomina/conferimento | Data di scadenza/cessazione |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- di essere a conoscenza che in presenza di una causa di incompatibilità qualora non si operi la scelta tra l'incarico dirigenziale e lo svolgimento di incarichi/cariche incompatibili, ai sensi dell'art. 19 del d.lgs. 39/2013, decorso il termine perentorio di 15 giorni si verifica la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto;
- di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito aziendale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari nella sezione Amministrazione trasparente;

MODELLO 2

- di impegnarsi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconfiribilità o di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione al Responsabile per prevenzione della corruzione.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 con la sottoscrizione della presente dichiarazione il sottoscritto/a autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali e dichiara di essere informato/a, che i dati raccolti vengono trattati, con l'ausilio di mezzi informatici e cartacei idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

Pagina oggetto di pubblicazione