

**DICHIARAZIONE ANNUALE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ  
(Art. 20, comma 2, Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39)**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in relazione al conferimento dell'incarico  
dirigenziale di Direttore/Responsabile della Struttura  
\_\_\_\_\_ dell'Azienda Sanitaria  
Locale di Lecce, ai sensi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;

**CONSAPEVOLE**

delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui agli artt. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. 445/2000 e 20, comma 5, del D. Lgs. 39/2013, sotto la sua personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D. Lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità, di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190", e dal parere reso dalla CIVIT con la delibera n. 58 del 15 luglio 2013 ("Parere sull'interpretazione e sulla applicabilità del D. Lgs. 39/2013 nel settore sanitario"), ed anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D. Lgs. n. 39/2013;

**DICHIARA**

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal D.Lgs. 08 aprile 2013, n. 39, di cui ha preso visione.

**SI IMPEGNA**

- a comunicare tempestivamente eventuali intervenute variazioni della presente dichiarazione e a renderne, nel caso, una nuova in sostituzione;
- a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale.

Trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, circa il trattamento dei dati personali raccolti, e in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato/a informato/a che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web istituzionale dell'ASL LE in applicazione dell'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013.**

Allega copia documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_