

DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ O INCOMPATIBILITÀ E DI CONFLITTO DI INTERESSI

Azienda Sanitaria Capolo Br
PROTOCOLLO GENERALE
13 LUG. 2016
ARRIVO

(Dichiarazione sostitutiva ex art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a STIGLIANO LEONARDO, nato a MATERA, il 08/03/1963, C.F. STGLRS63C08F052W, che attualmente svolge l'attività professionale DOTTORE COMMERCIALISTA in riferimento al conferimento dell'incarico di componente del Collegio Sindacale della ASL della Provincia di Brindisi, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

- l'insussistenza a proprio carico delle cause di inconferibilità al predetto incarico come previste dal Capo II, art. 3 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39;
- l'insussistenza di cause di incompatibilità al predetto incarico, come previste al Capo VI, art. 12 decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012 n. 190.

Oppure

la sussistenza delle seguenti cause di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	PRESSO

la sussistenza delle seguenti cause di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	PRESSO

e di impegnarsi a rimuoverla/le entro il termine di quindici giorni dalla data della presente dichiarazione. Nelle more della scadenza del termine di quindici giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione della causa di incompatibilità che dovrà, entro il termine predetto, essere comunicata ad Asl Brindisi.

DICHIARA, altresì,

- l'insussistenza a proprio carico di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con la nomina di componente del Componente del Collegio Sindacale della ASL Brindisi;
- di non avere avuto due mandati consecutivi presso le Aziende o gli Enti del Servizio sanitario regionale, ai sensi della L.R. n.4/2010.

Con riferimento ai propri dati personali, DICHIARA di essere informato che

- la presente dichiarazione sarà pubblicata, insieme al curriculum vitae, in allegato in copia alla presente dichiarazione, e all'indicazione del compenso percepito e ai rimborsi spese, sul sito web della ASL Brindisi, sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi del D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii;
- i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e ne autorizza il trattamento.

Si allega copia del documento di identità.

Data 07-06-2016

Firma 