



DICHIARAZIONE ANNUALE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

(art. 20 comma 2 Decreto Legislativo n. 39 del 08.04.2013)

Il/la sottoscritto/a DIACOSTINO ANTONIO
nato/a LEVERANO il 21 10 51, in
relazione al conferimento dell'incarico dirigenziale di Direttore/Responsabile della
Struttura OC4

_____ dell'Azienda Sanitaria Locale della
Provincia di Brindisi, valendomi 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 all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. E di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013, sotto la mia personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013 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'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 sull'applicazione del D-Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario", consapevole 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 inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D. Lgs. 08 aprile 2013 n. 39, di cui ho preso visione.

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva;
- 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 Decreto Legislativo 30 giugno 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 BR in applicazione dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013.

All. copia documento d'identità in corso di validità.

Data

28-3-14

Azienda Sanitaria Locale Br
P.O. "A. PERRINO" BRINDISI
UNITA' OPERATIVA NEUROCHIRURGIA
Direttore
Dot. Antonio D'AGOSTINO
Cod. Reg. 856372

Firma _____

