



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE CONDIZIONI PERSONALI DI INCOMPATIBILITA' IN
RELAZIONE AD INCARICHI DIRIGENZIALI CONFERITI DALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE: Art. 20, comma 2, del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e smi – anno 2020**

Autocertificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a

RESCIORI ANDREA dipendente dell'ASL VCO

nato a _____ il _____

titolare dell'incarico dirigenziale di:

DIRETTORE S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA

- visto il D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e smi;
- richiamato il D. Lvo n. 33 del 14 marzo 2013 e smi, art. 15, comma 1, lett. c, art. 41, comma 3;
- consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci previste dal D.P.R. n. 445/2000;
- consapevole della sanzione prevista dall'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013 (inconferibilità di qualsivoglia incarico da parte della P.A per un periodo di 5 anni)

DICHIARA

di NON trovarsi in alcuna delle condizioni che potrebbero comportare incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39 dell'8.4.2013, articoli 9 e 12.

OPPURE

di trovarsi nelle condizioni che potrebbero comportare incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39 dell'8.4.2013, articolo 9 ed in particolare:

.....

.....

.....

.....

