Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Santi Paolo e Carlo

S.C. Risorse Umane

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ, AI SENSI DEL D.LGS N. 39/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Sostitutiva di certificazione e atti di notorietà. Ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/La sottoscritto/a POLIGNANO ALBERTO

Nato/a a NOCI il 3/2/1993

Qualifica MEDICO CHIRURGO

Titolare dell'incarico di _____

DICHIARA

sotto propria responsabilità:

1) l'insussistenza nella sua persona delle cause di inconferibilità di cui al D.lgs n. 39/2013;
2) l'insussistenza nella sua persona delle cause di incompatibilità di cui al D.lgs n. 39/2013;
3) l'insussistenza nella sua persona delle cause di conflitto di interesse di cui all'art. 53, comma 14 del D.lgs 165/2001;
4) di essere consapevole che la presente dichiarazione è condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico di cui trattasi;
5) di essere consapevole che, ferma restando ogni altra responsabilità, dichiarazioni mendaci effettuate con la presente dichiarazione comportano l'inconferibilità per 5 anni di qualsivoglia incarico dato ai sensi D.lgs n. 39/2013;
6) di essere consapevole che la presente dichiarazione viene pubblicata, in base alla previsione della norma di cui trattasi, sul sito Aziendale,

SI IMPEGNA, inoltre, NEL CORSO DELL'INCARICO

a presentare all'ASST Santi Paolo e Carlo una dichiarazione annuale sul fatto che continua nella sua persona l'insussistenza delle cause di incompatibilità di cui al D.lgs n. 39/2013.

Milano, 3/12/2021

Alberto Poligna

(firma autografa leggibile)