

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCONFERIBILITA' O INCOMPATIBILITA' ex art. 20 d.lgs. n.39/2013 - ANNO 2025**

Io sottoscritta **Cicero Sonia Carla**, nata a [REDACTED] il [REDACTED] con riferimento all'incarico di Direttore socio-sanitario conferito con Determina del DG ASTAP n.41 del 16/02/2024 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace secondo quanto previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, nonché delle conseguenze di cui al D.Lgs.n.39/2013;

DICHIARO

- di non trovarmi in alcune delle situazioni di inconferibilità (art.3 c.1 lett.e) e art.5 del D.Lgs.n.39/2013) e incompatibilità (artt. 10 e 14 del D.Lgs.n.39/2013) nonché delle cause ostative di cui all'art.3, comma 11, del D.lgs. n.502/1992 e dell'art.7 del D.lgs. n.235/2012,
- di essere informata che, ai sensi di quanto disposto dall'art.20 comma 3 del D.Lgs.n.39/2013 la presente dichiarazione verrà pubblicata sul portale istituzionale nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Con la sottoscrizione della presente la dichiarante autorizza il trattamento dei personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs.n.196/2003 e s.m.i.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

Ascoli Piceno, lì **27 MAG. 2025**

Firma
Dr.ssa Sonia Carla Cicero

ASU Regione Marche
Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno

SEGNATURA
0046668|27/05/2025
|AST-AP|S.A.G.C.|A