

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ e INCOMPATIBILITÀ (D.Lgs. 39/2013)

IL/La sottoscritto/a _____ **Nasso Armando** _____, nato/a a _____ **Polistena (RC)** _____, il _____ **29.06.1961** _____, in relazione al conferimento **dell'incarico dirigenziale di "Coordinamento dell'Attività di Rianimazione e T.I." (specificare qualifica e denominazione dell'incarico)** presso l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno, valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

Visto il D.Lgs 8/04/2013 n.39 "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, comma 49 e 50 della L. n.190/2012" sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole:

- delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.;
- delle conseguenze di cui all'art.20 comma 5 del D.Lgs n.39/2013 in caso di dichiarazioni mendaci;
- della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.Lgs n.39/2013;
- dell'obbligo di pubblicazione della presente dichiarazione sul sito web istituzionale dell'AST di Ascoli Piceno in applicazione dell'art.20 del D.Lgs n.39/2013;

DICHIARAZIONE Cause di inconferibilità

di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la Pubblica Amministrazione previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, (art. 3, c.1. lett.c, del D.Lgs. n. 39/2013);

di non avere, nei due anni antecedenti il conferimento dell'incarico, svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati **dalla ex ASUR Marche, e dall'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno a far data dal 01/01/2023**, ovvero svolto in proprio attività professionali a favore di detti enti (N.B. **dichiarazione da rendere esclusivamente dai soggetti esterni, ossia in caso di incarichi conferiti a soggetti non muniti della qualifica di dirigente pubblico o comunque non dipendenti di pubbliche amministrazioni**) (art. 4 del D.Lgs.n. 39/2013);

B) Cause di incompatibilità

di essere consapevole che il presente incarico dirigenziale è incompatibile con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati **dall'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno**, se la funzione da svolgere è connessa all'esercizio di poteri di vigilanza o di controllo sulle attività svolte dai predetti enti, e di non trovarsi in tale situazione di incompatibilità **(art. 9, comma 1, del D.Lgs. n. 39/2013);**

di non svolgere in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dall' Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno (art. 9, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013);

di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità prevista dall'art. 12, commi 1, 2, 3 e 4 del D.Lgs. n. 39/2013 (incompatibilità tra incarichi dirigenziali interni e esterni e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali: Es. componente della giunta o del consiglio regionale, provinciale o comunale ecc..)

Dichiaro inoltre di impegnarmi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconferibilità o di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. n. 39/2013, **a darne tempestiva comunicazione all'U.O.C. Gestione Risorse Umane.**

Data _____ **29.05.2024** _____

Firma del dichiarante _____

Allegare fotocopia documento di identità in corso di validità.

Nota bene: la dichiarazione sarà pubblicata sul portale "Amministrazione Trasparente" istituzionale della ex ASUR Marche – Sezione Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno in applicazione dell'art. 20 del D.Lgs. n.33/2013 e s.m.i.