



REGIONE LIGURIA



Sistema Sanitario Regione Liguria

Asl2



Sistema Sanitario Regione Liguria

Alisa

MODULO N. 1

DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E INCONFERIBILITA' RISPETTO AL CONFERIMENTO DI INCARICO DIRIGENZIALE RESA AI SENSI DELL'ART. 20 D.Lgs. N. 39 DEL 08/04/2013 e delibera ANAC n. 149/2014

da rendere da parte di: DIRETTORE GENERALE, COMMISSARIO STRAORDINARIO DIRETTORE SANITARIO, DIRETTORE AMMINISTRATIVO, DIRETTORE SOCIO-SANITARIO all'atto del conferimento dell'incarico e successivamente con cadenza ANNUALE (o in caso di variazioni)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il / La sottoscritto/a NRRIANA BLUSA
nato a NOVA (LI) il 26/2/1967
titolare dell'incarico di DIRETTORE SOCIO-SANITARIO ff
conferito con delibera 526 del 31/1/20 per il periodo 1 agosto 2020 data da

- Consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445;
- Consapevole delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci (inconferibilità per cinque anni di qualsiasi incarico di cui allo stesso decreto);
- Consapevole dell'obbligo di pubblicazione della presente dichiarazione sul sito web istituzionale in applicazione dell'art. 20 c. 3 del D.Lgs 39/2013

Preso visione del D.Lgs. n. 39 del 08/04/2013;

Preso visione della delibera ANAC n. 149/2014 "Interpretazione e applicazione del D.Lgs. 39/2013 nel settore sanitario"

DICHIARA

PER L'ANNO 2020

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 (in particolare art. 3,8,10,14)

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale e comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Sarona 17/8/20
(luogo e data)

[Signature]
(Il dichiarante)

Si allega copia documento identità