Azienda Ospedaliera di Caserta Sant'Anna e San Sebastiano di rilievo nazionale e di alta specializzazione

*INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'*
*MOD. 8*

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITÀ**
**AI SENSI DEL D.LGS. 08/04/2013 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, COMMI 49 E 50, DELLA LEGGE 06/11/2012, N. 190"

# ANNO 2019

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- Al Responsabile della UOC Risorse Umane
- Al Responsabile Prevenzione della Corruzione
- Al Responsabile della struttura di assegnazione

Il/La sottoscritt*o*/a BIANCA ADINOLFI nat*o*/a NAPOLI il 07/06/1962, in qualità di Dirigente MEDICO I LIVELLO Di questa Azienda, presa visione della normativa introdotta dal D.Lgs. 8/04/2013 n. 39, indicato in epigrafe e visto in particolare l'art. 20 del decreto medesimo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace:

**DICHIARA**

**A)** l'insussistenza nei propri confronti di una delle cause di inconferibilità di cui al citato decreto;

**B)** l'insussistenza nei propri confronti di una delle cause di incompatibilità di cui al citato decreto, impegnandosi a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale. In particolare dichiara:

☒ Di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del Titolo II del libro II del codice penale - riepilogati alla **nota 1** (art. 3, c.1. lett.c, del D.Lgs. n. 39/2013);
☐ Oppure *(specificare)* .....;

☒ Di non aver svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", nei due anni precedenti la data di scadenza per la presentazione della presente istanza (Vedi **nota 2**).
☐ Oppure *(specificare)* .....;

☒ Di non aver svolto in proprio attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", nei due anni precedenti la data di scadenza per la presentazione della presente istanza;
☐ Oppure *(specificare)* .....;

☒ Di non aver ricoperto cariche politiche e incarichi amministrativi che possono comportare incompatibilità e inconferibilità, come esemplificati nella **nota 3**;

☒ Di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2013, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

☒ Di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda, Sezione Amministrazione Trasparente.

Caserta 10/10/2019

Il Dichiarante