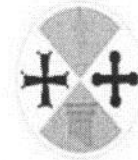




Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE



REGIONE CALABRIA

ANNO 2019

Inconferibilità e Incompatibilità, ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Io sottoscritto/a MASCIARI FRANCESCO, nato/a a [REDACTED]  
il 10-03-1965, in relazione al conferimento dell'incarico dirigenziale DIRETTORE AMMINISTRATIVO, valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

#### consapevole

delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013, sotto la mia personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n.190", e dal parere reso dalla CIVIT (Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche) con la delibera n. 58 del 15 luglio 2013 "Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del d.lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario), consapevole anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013

#### DICHIARO

Parte I- Assenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013

##### A) Cause di inconferibilità

di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, riepilogati alla *Nota 1 (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 dall'ASP di Crotone che siano relativi allo specifico settore o ufficio di assegnazione all'interno dell'ASP di Crotone (*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 (Vedi anche Nota 3)**

di essere consapevole che il presente incarico dirigenziale è incompatibile con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'ASP di Crotone, 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'ASP di Crotone **(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** (*vedi Nota 2*)

- dichiaro inoltre di impegnarmi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconfiribilità o di incompatibilità contemplata dal d.lgs. n. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione.

- di essere consapevole che lo svolgimento di incarico in situazione di incompatibilità comporta la decadenza dall'incarico stesso e la risoluzione del contratto di lavoro decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato, nonché la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs 39/2013 per un periodo di 5 anni, ai sensi dell'art.18 del medesimo decreto;

- di essere altresì consapevole delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013, secondo cui la dichiarazione mendace, accertata dall'amministrazione, comporta la inconfiribilità di qualsivoglia incarico per un periodo di 5 anni; ferma restando ogni altra responsabilità del dichiarante per dichiarazione mendace

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

