



REGIONE LIGURIA



**Alisa**

Sistema Sanitario Regione Liguria

**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 Filippo Ansaldo.....

nato a Genova il 14.10.1968.....

titolare dell'incarico di Direttore Generale.....

conferito con delibera DGR n. 547/2021.....del...22.06.2021.....per il periodo...di anni 3 + 2.....

- *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**

- 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.

Genova, 1 luglio 2021

Si allega copia documento identità

( Il dichiarante.)