

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL DPR 445/2000

La sottoscritt@ VINLENZO FAMIGLIETTI nat@ il ..

a , C.F.

residente in cap.

alla via/piazza , n.

e-mail pec.

- presa visione della normativa introdotta dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e visto in particolare l'articolo 20, comma 2, del decreto delegato il quale dispone che *"Nel corso dell'incarico l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui al presente decreto"*;
- considerato che la precedente dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità ad esercitare la carica di consigliere dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona *"ASP FABRIZIO GUARINO-SOWFRA DPR 16/02/95 N° 327"* è stata presentata in data *01 MARZO 2018*;
- consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione procedente è tenuta ad effettuare ai sensi dell'articolo 71 del D.P.R. n. 445/2000 e delle sanzioni previste dagli articoli 75 e 76 del cennato D.P.R. 445/2000;
- consapevole che ai sensi dell'articolo 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013 la dichiarazione mendace comporta la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso decreto legislativo, per un periodo di 5 anni,

DICHIARA

*ai sensi degli articoli 46 e 47 del dPR n. 445/2000
sotto la propria responsabilità penale per il falso*

A) di non trovarsi nelle cause di incompatibilità ad esercitare la carica di consigliere dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona *"ASP FABRIZIO GUARINO DPR 16/02/1955 N° 327"* previste dal D.Lgs. 39/2013;

B) di non trovarsi nelle ulteriori cause di incompatibilità o di conflitto di interessi che ostano, ai sensi della normativa vigente, all'espletamento dell'incarico di consigliere dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona *"ASP FABRIZIO GUARINO-SOWFRA DPR 16/02/1955 N° 327"*.

Luogo e data *19/03/2019*

Il dichiarante

La/Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente e a presentare analoga dichiarazione con cadenza annuale.

La/Il sottoscritto, consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata nel sito internet dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ASP FABRIZIO GUARINO - SALOFM e nel portale della Regione Campania, autorizza l'amministrazione ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 al trattamento dei dati personali raccolti per le finalità per le quali la seguente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente dichiarazione la copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data.....

19/03/2019

Il dichiarante

.....

