



REGIONE LIGURIA



Sistema Sanitario Regione Liguria



Sistema Sanitario Regione Liguria

### MODULO N. 1

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E INCONFERIBILITA' RISPETTO ALL'ASSUNZIONE O 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, DIRETTORE SANITARIO E SOCIOSANITARIO, DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

#### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

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

Il / La sottoscritto/a CEVASCO ISABELLA  
nato a GENOVA il 12.07.1964  
ai fini del conferimento dell'incarico di DIRETTORE SOCIOSANITARIO

- *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;*
- *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

#### **DICHIARA**

**(solo una volta all'atto del conferimento dell'incarico/assunzione)**

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità previste dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39
- di avere ricevuto le informazioni specifiche di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione, disponibili anche sul sito web istituzionale, con particolare riguardo ai diritti riconosciuti al Capo III del sopraccitato Regolamento.

#### **DICHIARA**

**(con cadenza annuale)**

- per l'anno 2023 di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39

Genova 20.10.23  
(luogo e data)

[Firma]  
( Il dichiarante )

Si allega copia documento identità