

Mod. B**Dich. annuale di incompatibilità****Spettabile ASP
Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia****Dichiarazione resa ai sensi dell'art.20 comma 2 del D. L.vo 39/2013 circa l'insussistenza di cause di incompatibilità e di inconfiribilità di incarichi nella PA**

Io, _Nicolaos Geroutis _____, nato/a a _____

Il _____, codice fiscale _____

residente in via _____ n. _____, città _PAVIA_____

richiamato:

il decreto legislativo 8 aprile 2013 n 39 "*Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1 co.49 e 50 della legge 6 novembre 2012 n. 190*";

premesso che:

il comma 2 dell'art. 20 del decreto richiamato dispone che l'incaricato depositi annualmente una dichiarazione circa l'assenza di cause di incompatibilità e inconfiribilità : "*nel corso dell'incarico, l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità e inconfiribilità*";

premesso inoltre che:

con decreto n. _____ del ___17/01/2023_ mi è stato conferito l'incarico di ___Dirigente Medico presso l'ASP in indirizzo, durata dell'incarico a tempo indeterminato_____.

Tanto richiamato e premesso, assumendomi la piena responsabilità e consapevole delle sanzioni anche di natura penale per l'eventuale rilascio di dichiarazioni mendaci o false (art. 76 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445);

DICHIARO

che nei miei confronti non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità e inconfiribilità elencate al Capo V ed al Capo VI del D.L.vo 8 Aprile 2013 numero 39 "*Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1 co.49 e 50 della legge 6 novembre 2012 n. 190*".

La dichiarazione è resa per l'esercizio in corso.

Data __30 Maggio 2024_____

in fede _____
