

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 di incarichi nella PA**

Io sottoscritta Barbara Magnani, nata a Pavia il 29 Giugno 1964 codice fiscale MGNBBR64H69G388J
residente in Via Cascina Spelta n° 24 a 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";

premesse 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: "nel corso dell'incarico, l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità";

premesse inoltre che:

con Determina del Direttore Generale del _16 gennaio 2018 mi è stato conferito l'incarico di _Titolare di Posizioni Organizzative_____ presso l'Amministrazione in indirizzo, durata dell'incarico dal _01 Gennaio 2018___ al ___31 Dicembre 2018___.

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 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 ___18 gennaio 2018_____

in fede _____

