

*Mod. A**dich inconfiribilità iniziale***Spettabile ASP  
Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia****Dichiarazione resa ai sensi dell'art.20 comma 1 del D. L.vo 39/2013 circa l'insussistenza di cause di *inconfiribilità* di incarichi nella PA**Io, PASOTTI DAVIDE, nato/a a PAVIAIl 04.05.1961, codice fiscale PSTDVD61E049388Vresidente in via CALORBO n. 3, 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 1 dell'art. 20 del decreto richiamato dispone che "all'atto del conferimento dell'incarico, l'interessato [presenti] una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità";

il comma 4 dell'articolo 20 specifica che tale dichiarazione "è condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico";

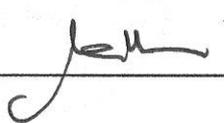
**premesso inoltre che:**

con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ mi è stato conferito l'incarico di \_\_\_\_\_ presso l'Amministrazione in indirizzo.

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 200 n. 445);

**DICHIARO**

che nei miei confronti non sussiste alcuna delle cause di inconfiribilità elencate al Capo III ed al Capo IV 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".

Data PAVIA - 18.1.2020in fede 

Oggetto : Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse - affidamento incarico di collaborazione/consulenza

Il/La sottoscritto/a.....PASOTTI DAVIDO.....  
nato/a a.....PAVIA.....  
il 4.5.1961 e residente in.....PAVIA.....  
Via.....COLOLBO.....; N.....3.....  
Codice Fiscale.....PSTDVDGI E 045388V.....,  
professione.....MEDICO CHIRURGO.....  
In qualità di.....CONSIGLIERE DI INDIRIZZO.....  
alla data del.....9 GENNAIO 2020.....  
per l'incarico di.....cdi.....

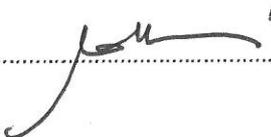
Vista l'allegata normativa in materia, qui richiamata, sulle situazioni anche potenziali, di conflitto d'interesse

**DICHIARA**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.e.i, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, per proprio conto **l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.**

In fede.

Data.....18.1.2020.....

Firma..........