Servizio Sanitario Nazionale

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

P.IVA e C.F. 02570930848

ALLEGATO 1 - MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE DA PUBBLICARE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Ex artt.46 e 47 DPR 445/2000 - artt.20 D.Lgs 39/2013 e art.20 D.Lgs 33/2013

La sottoscritta Maggio Margherita nato/a [redacted] in qualita di /Dirigente Medico presso Il DSB di Sciacca

consapevole delle sanzioni penali ex art.76 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della nullita dell'incarico ex art.17 O.Lgs 39/2013,

DICHIARA

1. l'insussistenza di cause di inconferibilita di cui agli artt.3,4,7 D.Lgs 39/2013;
2. l'insussistenza di cause di incompatibillta di cui agli artt.9,11,12 D.Lgs 39/2013 e di impegnarsi a rimuoverle entro 15 giorni se soprawenute;
3. l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi anche potenziale ex art.6-bis L241/90 e Codice Comportamento;
4. di non trovarsi nella condizione di pantouflage di cui all'art.53 co.16-ter D.Lgs 165/2001 e di esserne a conoscenza;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione.

Autorizza pubblicazione in Amministrazione Trasparente ai sensi D.Lgs 33/2013 e trattamento dati ex GDPR.

Firmato digitalmente da:

MARGHERITA ANNA MAGGIO