Sistema Socio Sanitario

Carlo Poma

Regione Lombardia

ASST Mantova

Dichiarazione sull'insussistenza delle cause di inconferibilità ed incompatibilità di cui all'art. 20 d. lgs. 39/2013 e s.m.i. e art. 4 co. 7 l 412/91

(dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Io sottoscritt PAOLA POLLASTRI

Nat__ a ______________ (prov. ____) il ______________

- consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nonché delle conseguenze di cui all'art. 20 co. 5 del d. lgs. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci e informato che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del d.lgs. 196/2003 – e della normativa prevista per gli incarichi pubblici di cui ai d. lgs. 267/2000, 165/2001 e 39/2013 e s.m.i., in relazione all'incarico conferito presso codesta azienda ospedaliera;
- data lettura delle disposizioni di cui agli artt. 3, 4, 9, 11 12, 13 e 20 d. lgs. 39/2013 e art. 4 co. 7 l. 412/91 riprodotte sul retro della presente;

DICHIARO

1. di non trovarmi in alcuna delle situazioni di inconferibilità di cui agli artt. 3 e 4 d.lgs. 39/2013 e di essere a conoscenza delle conseguenze circa il mancato rispetto delle norme di legge, che comportano la nullità dell'atto di conferimento e del relativo contratto;

2. che nei confronti del sottoscritto, alla data della presente non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità di cui agli artt. 9-11-12 e 13 d. lgs. 39/2013 e art. 4 l. 412/91 e che annualmente presenterà analoga dichiarazione ex art. 20 co. 2 d. lgs. 39/2013;

3. di essere a conoscenza che lo svolgimento di ulteriori incarichi che implichino incompatibilità ex d. lgs. 39/2013 e/o l. 412/91 comporterà la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di 15 giorni dalla contestazione all'interessato, dell'insorgere della causa di incompatibilità;

4. di impegnarsi a:
   4.1. mantenere per tutta la durata del rapporto di lavoro con l'ASST di Mantova la situazione di compatibilità;
   4.2. comunicare tempestivamente eventuali situazioni di incompatibilità con l'incarico;
   4.3. comunicare preventivamente l'intenzione di attivare nuovi rapporti di lavoro e/o collaborazione come indicati nel punto 5;

5. ai fini di cui sopra, di intrattenere sì __ no __ i seguenti rapporti (se sì indicare in dettaglio):

□ lavoro subordinato (indicare tipologia ed Ente)

□ lavoro convenzionato ACN (indicare tipologia ed Ente)

(in caso di dichiarazione positiva compilare anche la seguente parte)

produce preventiva autorizzazione dell'Ente di appartenenza rilasciata in data _____ alla stipula di contratto di lavoro autonomo con l'Asst di Mantova in allegato.

6. ai fini di cui sopra, di intrattenere sì __ no __ i seguenti rapporti (se sì indicare in dettaglio):

☒ lavoro autonomo (specificare tipologia e sede di esercizio) CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE C/O POLICLINICO S.ORSOLA MALPIGHI DI BOLOGNA + ATTIVITÀ DI LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE A MANTOVA

7. ai fini di cui sopra, la sussistenza sì (no) dell'esercizio di altre attività o della titolarità o della compartecipazione di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con l'attività della ASST- Mantova _____

8. di essere informato sul trattamento dei dati personali raccolti e trattati ex d. lgs. 196/2003 e, nello specifico, di autorizzare la pubblicazione della presente dichiarazione sul sito web della ASST di Mantova ai sensi dell'art. 20 d. lgs. 39/2013.

Mantova, lì 8/6/2020 in fede _____