



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



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 C. ELISA DALL'AGLIO

Nat A a GOASTAWA (prov. RE) il 14/05/1987 residente a VIADANA

(prov. MN) in VIA PILASTRO, 95 C.F. DULLBERTES4E953P

- 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 implicino incompatibilità ex d. lgs.



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Mantova

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

lavoro autonomo (specificare tipologia e sede di esercizio)

(DA APRILE 2018) SOCIETA' DI SERVIZI SANITARI "NUOVO MILLENNIO" VIADANA (TN) MEDIA DI 6 TORNII MENSILI
TITOLARE AZIENDA AGRICOLA "LE ANTICHE COLONNARIE" (IN REGIME DI ESONERO) MEDIA DI 42 ORE MENSILI

7. ai fini di cui sopra, la sussistenza si 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, li 29 / 03 / 2018

in fede Beno Doukpa