

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Io sottoscritto dott. ^{ANTONIO} ~~POGGIANI~~ nato a ~~_____~~, il ~~_____~~, c.f. ~~_____~~,
residente in via ~~_____~~ n. ~~_____~~, avvalendomi delle disposizioni di cui
all'art. 47 del DPR n. 445/2000 e consapevole che il rilascio delle dichiarazioni mendaci, la
formazione e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi dell'art. 76 del decreto medesimo,

dichiaro che:

- non sussistono le condizioni di inconferibilità all'assunzione delle funzioni di ORGANO DI VERTICE, di cui al D.Lgs. n. 39/2013;
- non sussistono le cause di incompatibilità di cui all'art. 3, comma 11, del D.Lgs. n. 502/1992, e di cui al D.Lgs. 39/2013 in relazione al suddetto incarico dirigenziale;
- non sussistono, altresì, le condizioni ostative al conferimento del suddetto incarico di organo di vertice, di cui all'art. 1, comma 734, della l. 296/2006 (non può essere nominato amministratore di ente, istituzione, azienda pubblica, società a totale o parziale capitale pubblico chi, avendo ricoperto nei cinque anni precedenti incarichi analoghi, abbia chiuso in perdita tre esercizi consecutivi);

e mi impegno

- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale analoghe dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenute condizioni ostative al mantenimento dell'incarico in questione.
- a comunicare tempestivamente la data del collocamento in quiescenza

luogo, TRIESTE data 20.12.2018

FIRM

Si allega fotocopia di documento di identità

DIREZIONE CENTRALE SALUTE,
POLITICHE SOCIALI E DISABILITA'

Prot.N. 0024326 / A - / LETT
Data 24/12/2018 Class. SPS
Uff. SPS-GOV-RIS