



Istituto Romano di San Michele
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n.4

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA' DA RENDERE
ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO**

(ART. 20, COMMA 1, DECRETO LEGISLATIVO 8 APRILE 2013 N. 39)

Il sottoscritto _____ MAURO CALISTE _____

Nato a ____ OMISSIS _____ il ____ OMISSIS _____

Residente in ____ OMISSIS _____ n. _____, cap _____ - _____ (____)

Tel. _____ Cell. ____ OMISSIS _____

Professione _____ IMPIEGATO _____ Codice Fiscale ____ OMISSIS _____

In relazione all'incarico di Presidente / Componente del CdA dell'ASP - Istituto Romano di San Michele

VISTO

- a) Il D.Lgs. n.39 del 08.04.2013, art. 20 e 21 – “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e/o presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 Novembre 2012, n.190 (G.U. n.92 del 19 Aprile 2013);
- b) Il D.P.R. n.445 del 28.12.2000, “Testo unico sulla documentazione amministrativa”;

CONSAPEVOLE

Delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e degli effetti previsti dagli artt. 17, 19 e 20 del D.Lgs. n.39/2013

Sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1. Di essere disponibile ad accettare l'incarico di Presidente / Componente del CdA dell'ASP - Istituto Romano di San Michele;
- 2. Di aver preso visione e di accettare le disposizioni che costituiscono lo Statuto vigente dell'ASP - Istituto Romano di San Michele;

3. Di essere a conoscenza delle cause di inconferibilità di cui al Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n.39 e di non trovarsi, alla data odierna, in alcuna delle situazioni di inconferibilità di incarico previste dalla medesima normativa;
4. Di essere a conoscenza delle cause di incompatibilità di cui al Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n.39 e di non trovarsi, alla data odierna, in alcuna delle situazioni di incompatibilità di incarichi previste dalla medesima normativa;
5. Di non svolgere, alla data odierna, nessun incarico e non ricoprire alcuna carica;

OVVERO

Di svolgere, alla data odierna, i seguenti incarichi e/o di ricoprire le seguenti cariche:

- a) _____ con compenso di € _____;
 - b) _____ con compenso di € _____;
 - c) _____ con compenso di € _____;
 - d) _____ con compenso di € _____;
6. di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi che, ai sensi della vigente normativa, ostino all'espletamento dell'incarico, ai sensi dell'art.53 del Decreto Legislativo n. 165/2001;
 7. di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che la dichiarazione sarà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale della Regione Lazio, ai sensi dell'articolo 20, c.3 del Decreto Legislativo n. 39/2013;
 8. di essere a conoscenza che la dichiarazione sarà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale dell'ASP - Istituto Romano di San Michele, ai sensi dell'articolo 14, c.1 del Decreto Legislativo n. 33/2013;
 9. di essere informato/a che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018 e del GDPR n. 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

SI IMPEGNA

A rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Allega copia del documento di identità in corso di validità.

Roma, 04-12-2020

Il dichiarante
F.to MAURO CALISTE

L'originale della presente dichiarazione è detenuta dall'Ufficio Protocollo dell'IRSM.