



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 _____ LIVIA TURCO _____

Nato a _____ OMISSIS _____ il _____ OMISSIS _____

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

Tel. _____ OMISSIS _____ Cell. _____ OMISSIS _____

Professione _____ PENSIONE _____ 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, 17 novembre 2021

Il dichiarante
f.to LIVIA TURCO

L'originale della presente dichiarazione, recante prot. n. 8644/2021, è detenuta dall'Ufficio Protocollo dell'IRSM.