



**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E
INCOMPATIBILITA' RELATIVE ALL'INCARICO DI COMMISSARIO
STRAORDINARIO DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI E DELLE
AZIENDE OSPEDALIERE E/O UNIVERSITARIE DELLA REGIONE CALABRIA,
DI CUI D.L. 150/2020, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI NELLA LEGGE 30
DICEMBRE 2020 N. 181**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di
notorietà (art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a ILARIO LAZZARO nato il
 , residente in , via in relazione
all'incarico di COMMISSARIO STRAORDINARIO ASP DI CATANZARO

consapevole

- delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000;
- che l'art. 20, comma 5, d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, prevede che, ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al decreto legislativo n. 39/2013 per un periodo di cinque anni;
- delle norme contenute nella Legge Regionale 27 novembre 2015, n. 21, riguardanti le "Disposizioni di adeguamento dell'ordinamento regionale al decreto legislativo n. 39/2013";

DICHIARA

- di non trovarsi nelle condizioni ostative previste dagli **art. 3 e 3-bis del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502** (Riordino della disciplina in materia sanitaria);
- di non trovarsi nelle condizioni previste dagli **art. 66 del d.lgs. 18 agosto 2000 n. 267** (Testo Unico degli Enti Locali);
- di non trovarsi nelle condizioni previste dall'**art. 7 d.lgs. 31 dicembre 2012 n. 235**;
- di non trovarsi nelle condizioni previste dall'**art. 13, comma 9, della legge regionale 29 dicembre 2010 n. 34** (Norme per la risoluzione anticipata del rapporto di lavoro del personale regionale, degli enti, delle aziende e delle società regionali);
- che non sussistono le cause di inconferibilità previste dagli **art. 3** (Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione), **art. 5** (Inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati) e **art. 8** (Inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie Provinciali) **del d.lgs. 8 aprile 2013 n. 39**;
- di non essere lavoratore pubblico o privato collocato in quiescenza (**art. 5 d.l. 6 luglio 2012 n. 95, conv. in legge 7 agosto 2012, n. 135 e ss.mm.ii.**);
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dagli **art. 10** (Incompatibilità tra le cariche direttive nelle aziende sanitarie locali, le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati e lo svolgimento di attività professionali) e

art. 14 (Incompatibilità tra incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali) del **d.lgs. 8 aprile 2013 n. 39**:

- di non essere lavoratore pubblico o privato collocato in quiescenza (**art. 5 d.l. 6 luglio 2012 n. 95, conv. in legge 7 agosto 2012, n. 135 e ss.mm.ii.**);
- l'insussistenza di incompatibilità, in relazione alle fattispecie di cui all'articolo 53 del decreto legislativo **30 marzo 2001, n. 165**;
- e/o di trovarsi nelle seguenti situazioni di incompatibilità (*indicare le situazioni di*

incompatibilità),

che si impegna a rimuovere entro quindici giorni dall'adozione del provvedimento di conferimento dell'incarico.

- di essere, altresì, consapevole che lo svolgimento di incarico in situazione di incompatibilità comporta la decadenza dall'incarico medesimo e la risoluzione del contratto di lavoro decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato, nonché la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni, ai sensi dell'art.19 dello stesso decreto.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e, in ogni caso, a presentare dichiarazione annuale sull'insussistenza di tutte le indicate cause di incompatibilità alla P.A. che ha conferito l'incarico.

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di aver preso visione e aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata alla presente.

Data, 24/01/2022

Firma del dichiarante

(per esteso eleggibile)

Si allega:

- a) **documento di identità fronte-retro in corso di validità.**