

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E DI INCONFERIBILITA'

Ai sensi del D.Lgs. 08/04/2013 n. 39 (in G.U. n. 92 del 19/04/2013, in vigore dal 04/05/2013) – "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6/11/2012, n. 190"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto/a SANGERMAIO ALDO
nato a SORA (FROSINONE) il 10/3/1968

- visto il D.Lgs n. 39 del 8/04/2013, artt. 20;
- visto il D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, art. 76

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di incompatibilità previste dal D.Lgs. 08/04/2013 n. 39;
- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità previste dal D.Lgs. 08/04/2013 n. 39;
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul Sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Sezione Amministrazione Trasparente;
- di autorizzare il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e dal Regolamento UE 2016/679

SI IMPEGNA

Ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Luogo e data

RE, 8/11/2025

Firma

