

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E DI INCOMPATIBILITA'  
Ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013

Il/la sottoscritto/a CINZIA DI GIULI ..... noto/a a TERNI .....  
il 25/01/2014 ..... dipendente dell'A.O. S. Maria di Terni, titolare dell'incarico dirigenziale di  
S.S. MALATTIE INFETTIVE DIGESTIVA .....

**AVVALENDOMI**

delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

**CONSAPEVOLE**

delle sanzioni previste dall'art. 76 della richiamata normativa per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013, sotto la mia personale responsabilità ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013 recante 'Disposizioni in materia di inconferibilità ed 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 novembre 2013, n. 190', di cui ho preso visione, consapevole anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizione del citato D.Lgs. 39/2013

**DICHIARO**

con la presente l'assenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013

**Cause di inconferibilità - Capo II**

- In particolare di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, riepilogati nella nota 1 (art. 3, comma 1, lettera c)

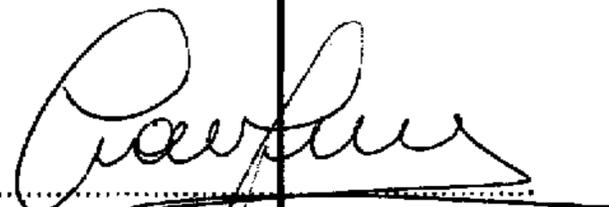
**Cause di incompatibilità - Capo VI**

- In particolare di essere consapevole che l'incarico attribuito è incompatibile con le situazioni previste:
  - dall'art. 9, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 39/2013 riepilogate nella nota 2
  - dall'art. 12, commi 1, 2, 3 e 4 del D.Lgs. n. 39/2013 riepilogate nella nota 2

**MI IMPEGNO**

- 1) Ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale
- 2) Al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconferibilità o di incompatibilità, contemplata dal D.Lgs. n. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione.

Allegata fotocopia firmata di un documento d'identità del sottoscritto.

Luogo e data TERNI 15/5/2014 ..... Il dichiarante 

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003. Titolare del trattamento: A.O. S. Maria Terni.  
Responsabile del trattamento Dott. Moreno Sarti in qualità di Responsabile della  
dati forniti saranno trattati secondo le vigenti disposizioni di legge.

Ai sensi dell'art. 20, c. 3 del D.Lgs. 39/2013 la presente dichiarazione sarà  
dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni all'interno del link 'Amministrazione Tra



Azienda Ospedaliera S. Maria Terni - AZOSP.001.TR

Prot. **0016153** del 22/05/2014 ore 12:15  
Tit. -  
Documento P - Registro: interno

**DI GIULI**

Cognome **CINZIA**

Nome **25/04/1961**

nato il **475** **1** **A**

(atto n. **TERNI (TR)** **P** **S**)

a **ITALIANA**

Cittadinanza **TERNI (TR)**

Residenza **Viale DELLA RINASCITA N. 21**

Via **=====**

Stato civile **MEDICO**

Professione **CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI**

**1,62**

Statura **Castani**

Capelli **Castani**

Occhi **nessuno**

Segni particolari **=====**



Firma del titolare *Cinzia Di Giulio*

**TERNI (TR)** **18 AGO. 2011**

per **IL SINDACO**

**IL FUNZIONARIO**

**CARICATO DA SINDACO**

Impronta del dito indice sinistro