

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

Il/la sottoscritto/a DR CARLO NICO noto/a a TERNI
 il 11/12/1957 dipendente dell'A.O. S. Maria di Terni, titolare dell'incarico dirigenziale di
SS ENDOSCOPIA UROLOGICA

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.

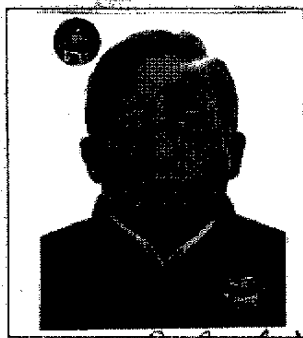
Luogo e data TR 12/08/2014 Il dichiarante [firma]

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003. Titolare del trattamento Dott. S. Maria Terni. Responsabile del trattamento Dott. Moreno Sarti in qualità di Responsabile dei 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 si deposita all'interno del link 'Amministrazione' dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni - AZOSP.001.T

Prot. **0026547** del 14/08/2014 ora 12:42
 Tit. -
 Documento P - Registro Arrivo

Cognome **NICO**
 Nome **CARLO**
 nato il **11/12/1957**
 (atto n. **1123** **1** **A** **S**)
 a **TERNI (TR)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **TERNI (TR)**
 Via **VIA PRATTA NI 15**
 Stato civile **MEDICO CHIRURGO**
 Professione **MEDICO CHIRURGO**
 CONNOTAZI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1,73**
 Capelli **Biondi**
 Occhi **Castani**
 Segni particolari



Firma del titolare *Carlo Nico*
TERNI (TR) il **20/10/2012**
 per
 IL SINDACO
IL DELEGATO
Leonori Roberto
Leonori Roberto

Impressa del dito indice sinistro

