

Dichiarazione in ordine all'insussistenza di cause di incompatibilità o inconferibilità (art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e art. 35 bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165)

VISTO IL DECRETO LEGISLATIVO n. 39 dell'8 aprile 2013 recante "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 L. n. 190/2012";

Il sottoscritto dichiarante ROBERTA ACCARDO, con la presente

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di ricoprire la carica di Consigliere dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Trieste ed inoltre:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità di incarichi prevista dagli art. 3 e 4 del D.Lgs. n. 39/2013;
- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità tra incarichi nella P.A. e negli altri Enti privati in controllo pubblico e cariche di componenti di organi di indirizzo politico previsti dagli art. 9, 11 e 12 del D.Lgs. n. 39/2013;
- oppure
- di avere oltre alla carica di Consigliere dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Trieste, le seguenti cariche in Enti pubblici indicandone i relativi compensi a qualunque titolo corrisposti

CARICA	ENTE	GRATUITO si'/no
/	/	/
/	/	/
/	/	/

- di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le eventuali dichiarazioni mendaci qui sottoscritte;
- di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trieste, li

20/12/2024

In fede

Roberta Accardo

COMPILAZIONE A CURA DELL'ORDINE

Monitoraggio effettuato in data _____ da parte di _____, mediante:

Firma