

Al Commissario Straordinario
dell'Azienda Sanitaria Locale
di Lecce

Oggetto: *Accettazione nomina Direttore Sanitario
Dichiarazione ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 e del D.Lgs 502/1992 ss.mm.ii.*

Io sottoscritto Antonio Sanguedolce, con riferimento alla nomina a Direttore Sanitario dell'Azienda, giusta Deliberazione del Commissario Straordinario n. 268 del 1 dicembre 2015, nel comunicare l'accettazione della nomina,

dichiaro

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ss.mm.ii. (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 ss.mm.ii. nonché dell'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013, sotto la mia personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013 e dal parere reso dalla CIVIT con la delibera n. 58 del 15 luglio 2013, ed anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013:

- di possedere i requisiti per la nomina a Direttore Sanitario di cui all'art. 3, comma 7, del D.Lgs. 502/1992 ss.mm.ii e di cui all'art. 5 del D.P.R. 484/1997 richiamato dall'art. 15, comma 2, del medesimo decreto;
- l'insussistenza, nei miei confronti, delle condizioni ostative alla nomina di cui all'art. 3, comma 11, D.Lgs 502/1992 ss.mm.ii.;
- di non essere in alcuna delle situazioni di inconfiribilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013;
- di non essere in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dagli artt. 10 e 14 del D. Lgs. 39/2013.

Dichiaro altresì di essere informato che la presente dichiarazione, a norma dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013 verrà pubblicata sul sito dell'Azienda.

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire.

Si allega documento di identità in corso di validità.

Lecce, _ 2 dicembre 2015 _

