



**DICHIARAZIONE ANNUALE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E  
INCOMPATIBILITA'**

(art. 20 comma 2 Decreto Legislativo n. 39 del 08.04.2013)  
Anno 2016

Il/la sottoscritto/a DR. GIUSEPPE PASQUALONE  
il \_\_\_\_\_, in  
relazione al conferimento dell'incarico dirigenziale di Direttore/Responsabile della  
Struttura DIRETTORE GENERALE ASL BR  
\_\_\_\_\_ dell'Azienda Sanitaria Locale della

Provincia di Brindisi, valendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**CONSAPEVOLE**

delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. E di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013, sotto la mia personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità, di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190", e dal parere reso dalla CIVIT con la delibera n. 58 del 15 luglio 2013 "Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario", consapevole anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013

**DICHIARA**

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconfiribilità e/o incompatibilità previste dal D. Lgs. 08 aprile 2013 n. 39, di cui ho preso visione.

**SI IMPEGNA**

- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva;
- a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale.

**Trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno n. 196 circa il trattamento dei dati personali raccolti, e in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato/a informato/a che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web istituzionale dell'ASL BR in applicazione dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013.**

All. copia documento d'identità in corso di validità.

Data 24.06.2016

Firma \_\_\_\_\_