



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. n. 445/2000  
IN TEMA DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED  
INCOMPATIBILITA' DI INCARICO DIRIGENZIALE  
EX D.LGS. N. 39/2013**

Il sottoscritto **ZITA ANTONIO** con profilo Professionale di Dirigente Medico a tempo indeterminato con incarico **BETA** presso la Struttura di **CHIRURGIA VASCOLARE** a direzione **OSPEDALIERA** consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità e sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA**

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal **D.Lgs. n. 39 del 06/04/2013**;
- di essere informato/a che, nel rispetto della normativa in materia, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi **dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013**, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale del Policlinico Foggia *ospedaliero – universitario* nella sezione Amministrazione Trasparente;
- di impegnarsi ai sensi **dell'art. 20 del D. Lgs. N. 39/2013** a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi sostanziali.

**Foggia, 17.01.2024**

**Il dichiarante**

*f.to* **ZITA ANTONIO**