



**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/La sottoscritto/a.....RIPALTA AMATO.....nato/a.....CERIGNOLA....., il...11/02/1959, con profilo Professionale di Dirigente medico con incarico a tempo indeterminato di DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE.....presso la Struttura di ...MEDICINA INTERNA E DELL'INVECCHIAMENTO... a direzione ...UNIVERSITARIA, 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 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico Riuniti" di Foggia 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 ostativi.

Foggia, 05/04/2022

Il dichiarante
f.to dott.ssa Ripalta Amato