



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

La sottoscritta CARLA VULCANO nata a _____ il _____ e residente a _____ in _____, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico di docente formatore del "Corso di formazione regionale per gli operatori dei Centri di Orientamento Oncologico (C.Or.O.)" come da nota prot. n. 0003025 del 17.09.2021;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza/collaborazione nell'interesse dell'Ente;
- di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente; ai sensi dell'art. 15 comma 1 del D.Lgs. 33/2013 i dati relativi allo svolgimento di altre attività professionali sono i seguenti:

- LIBERA PROFESSIONE.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto D.Lgs. n. 39/2013.

Dichiara altresì di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 193/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente copia del documento di identità in corso di validità.

02.12.2021

F.TO CARLA VULCANO