



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

La presente dichiarazione è rilasciata dall'interessato nella consapevolezza che i dati saranno trattati dall'A.Re.S.S. Puglia per le finalità indicate nell'informativa privacy ai sensi dell'art 13 del Reg. UE 679/2016, di cui si dichiara di aver preso visione.

Il sottoscritto Giovanni Mastrandrea nato a _____ il _____ residente in

_____ Via _____, n. _____, C.F. _____

e-mail _____ pec _____

con riferimento al conferimento dell'incarico professionale, a titolo gratuito e volontario, finalizzato a fornire supporto alle attività del Centro Regionale HTA di ARESS Puglia, sotto la propria responsabilità, consapevole della sanzione dell'inconferibilità di incarichi per cinque anni, in caso di dichiarazione mendace (art. 20, co. 5, d.lgs. 39/2013), nonché, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle condizioni di inconferibilità e incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge n.190/2012", di cui ho preso visione.

In particolare, con riferimento alle **cause di inconferibilità, dichiara:**

- X di non avere riportato condanne, per uno dei reati previsti dal Capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, di cui all'art. 3 del D.lgs. n. 39/2013;

OPPURE

- di avere riportato condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, di cui all'art. 3 del D. Lgs. n. 39/2013 (qualora riportate vanno indicate anche le condanne penali ricevute a seguito di patteggiamento per reati contro la pubblica amministrazione):

Condanne riportate	Data provvedimento	Durata interdizione da pubblici uffici	Eventuale cessazione rapporto di lavoro dipendente o autonomo in conseguenza della condanna

- di trovarsi non trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 39/2013;

In particolare, con riferimento alle **cause di incompatibilità**, dichiara:

- di trovarsi non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 9 del D. Lgs. n. 39/2013;
- di trovarsi non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 11 del D. Lgs. n. 39/2013;
- di trovarsi non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 12 del D. Lgs. n. 39/2013;
- di trovarsi non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 39/2013;

DICHIARA INOLTRE

- X di non avere ricevuto incarichi e rivestito cariche nei cinque anni antecedenti la presente dichiarazione, presso enti di diritto privato regolati o finanziati dall'amministrazione o dall'ente pubblico che conferisce l'incarico ovvero di non avere svolto in proprio attività professionali regolate, finanziate o comunque retribuite dall'amministrazione o ente che conferisce l'incarico;

OPPURE

- di avere ricevuto i seguenti incarichi e rivestito le seguenti cariche nei cinque anni antecedenti la presente dichiarazione presso enti di diritto privato regolati o finanziati dall'amministrazione o dall'ente pubblico che conferisce l'incarico ovvero di avere svolto in proprio attività professionali regolate, finanziate o comunque retribuite dall'amministrazione o ente che conferisce l'incarico:

Indicazione di carica/incarico o attività professionale svolta in proprio	Data inizio	Data fine	Indicazione del nome natura giuridica del conferente la carica e/o l'incarico e/o l'attività professionale	Soggetto e/o Ente che ha conferito l'incarico
(*)				

(* ove ricorra il caso: segue elenco allegato)

- X di svolgere attualmente la seguente attività lavorativa Dirigente Medico Anestesista Rianimatore presso UOC Anestesia, Rianimazione e TIPO – IRCCS Istituto Tumori *Giovanni Paolo II* - BARI dal 01/03/2017
- X di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto ad oggi dichiarato e a rendere, nel caso, nuova attestazione;
- X di essere informato su quanto disposto dall'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013 circa l'obbligo di prestare la presente attestazione ai fini dell'acquisizione dell'efficacia dell'incarico, di rinnovarla annualmente e di pubblicarla sul sito web.



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

DICHIARA INFINE

- di avere non avere X ricoperto incarichi analoghi in enti o società che nei precedenti cinque anni dalla accettazione della nomina abbiano chiuso in perdita per almeno tre esercizi consecutivi, ai sensi del comma 734 della Legge 27 dicembre 2006, nr. 296;
- di trovarsi non trovarsi X in una delle cause di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi di cui all'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 (Disposizioni in materia di lavoro alle dipendenze di pubbliche amministrazioni).

Luogo e data

IL DICHIARANTE

BARI, 20/12/2021

F.to Giovanni Mastrandrea

Alla presente, si allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.