



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il sottoscritto Vincenzo Lorenzini nato...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 collaborazione autonoma professionale conferito con Deliberazioni del Direttore Generale n. 329/2019 e n. 21/2020:

- a) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche.
- b) di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza/collaborazione nell'interesse dell'Ente;
- c) di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente;
- d) ai sensi dell'art. 15 comma 1 del D.Lgs. 33/2013 i dati relativi allo svolgimento di altre attività professionali sono i seguenti:
 - Docente libero professionista presso l'Associazione Italiana di Valutazione.
 - Presidente OIV presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Palermo.

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 informato, 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.

Data 19/02/2020

F.to Vincenzo Lorenzini