



Agenzia  
Regionale  
per la Salute  
ed il Sociale  
Puglia

## DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il sottoscritto Emilio Chiarolla nato a [REDACTED] e residente in [REDACTED] [REDACTED] 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 Deliberazione del Direttore Generale n.312 del 05/11/2019:

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:

- Contratto di collaborazione autonoma con l'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (Agenas);

- Contratto di collaborazione co.co.co con la Regione Basilicata.

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 196/2003 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 14/11/2019

Firma

F.to Emilio Chiarolla