



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

La sottoscritta, Cioffi Luigia Sonia, nata a

e residente in

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dei 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 componente della Commissione Esaminatrice per l'Assunzione a tempo determinato per la definizione delle funzioni fondamentali relative al fabbisogno di personale 2018-2019. Cat D (DDG n.143/2018)

- a) Di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall'Amministrazione.
- b) Di non trovarsi in alcune delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del D.Lgs n. 165/2001 e successive modifiche.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art.53 del D.Lgs n.165/2001 e successive modifiche

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

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

Data 01/02/2019

F.to Luigia Sonia Cioffi