



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

La sottoscritt/a MAXI TORAU

il

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 componente del Gruppo Tecnico di Valutazione per l'Assunzione a tempo determinato per la definizione delle funzioni fondamentali relativa al fabbisogno di personale 2018-2019. Cat. D" (D.D.G. 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 alcuna 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. 20 del predetto d.lgs. n. 39/2013.

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

Data 6/3/2019

Firma