



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

La sottoscritta, Santa Scommegna, nata a..... il....., 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 per la selezione per titoli e colloquio, per n° 4 mediatori culturali, n° 1 psicologo e n° 1 pediatra, Progetto Save (DDG 133/2018).

- 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 25/09/2018

F.to Santa Scommegna