

REGIONE TOSCANA

D.G. ORGANIZZAZIONE

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Art.20 D.Lgs 39/2013

Il sottoscritto Paolo Baldi \_\_\_\_\_

nato a Cortona \_\_\_\_\_ il 26.11.1964 \_\_\_\_\_

in qualità di Dirigente Regionale Area di Coordinamento Lavoro Formazione e Orientamento \_\_\_\_\_  
(direttore generale Regione o dirigente regionale)

- ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013, "Disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R. n.445/00, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

**- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilita' di incarichi di cui agli artt. 9, 11, 12, 13 del D.Lgs 39/2013;**

INOLTRE DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il sopravvenire di cause di incompatibilità di cui al D.Lgs 39/2013, dandone immediato avviso alla Regione Toscana, D.G. Organizzazione;

- di essere consapevole che ogni dichiarazione mendace, accertata dall'amministrazione, comporta la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro, decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato, nonché la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs 39/2013 per un periodo di 5 anni, ed ogni altra conseguenza prevista dall'art.76, comma 1, del citato DPR 445/2000;

- di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs.196/2003 e del D.Lgs 33/2013;

Data 29/04/2014

Firma (\*)

\_\_\_\_\_

(\*) La presente dichiarazione non necessita di autenticazione; la firma deve essere effettuata con modalità digitale