

REGIONE TOSCANA

D.G. ORGANIZZAZIONE

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Art.20 D.Lgs 39/2013

Il sottoscritto ____Angela Di Ciommo____

nato a ____Lavello (Potenza)_____ il ____04 luglio 1956_____

in qualità di ____Dirigente regionale_____

- ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013, “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità 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 incompatibilità 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 inconferibilità 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 _10 aprile 2014

Firma

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