

**DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. 8 APRILE 2013, n. 39 E S.M.I.
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)**

Il sottoscritto **David Harris** nato a Broadstairs (GB), il 27 ottobre 1953, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 75 D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità nè incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. per il conferimento dell'incarico di: **DIRETTORE AMMINISTRATIVO** presso la ASL n. 2 di OLBIA.;

ed in particolare riguardo all'inconferibilità:

- di non essere stato condannato anche con sentenza non passata in giudicato per uno dei reati di cui al capo I, del Titolo II del libro Secondo del Codice Penale ai sensi dell'art.3 capo II lett.e del Dlgs. n. 39/2013;
- di non aver ricoperto cariche, nei due anni precedenti il conferimento dell'incarico, in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art.5 del Dlgs n.39/2013;
-

ed in particolare riguardo all'incompatibilità:

di essere consapevole che il presente incarico è incompatibile:

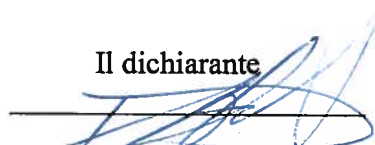
- con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale;
- con lo svolgimento in proprio di attività professionale se questa è regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale;
- e che tale incompatibilità sussiste allorchè gli incarichi e le cariche elettive siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente e affine entro il secondo grado;
- di non trovarmi in alcuna situazione di incompatibilità prevista dall'art.14, commi 1 e 2 del D.lgs n.39/2013

Dichiaro inoltre di impegnarmi nel corso dell'incarico a comunicare tempestivamente qualora dovesse insorgere una delle cause di incompatibilità contemplate dal D.lgs. n.39/2013.

Di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito aziendale della ASL N.2 di OLBIA.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il sottoscritto autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i..

Il dichiarante



Olbia, 16/03/2015

Attesto che la firma sopraesesa è stata posta in mia presenza dal Dott. David Harris identificato per conoscenza personale.

Olbia

16/03/2015

Il Funzionario Amministrativo



N.B.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente della ASL N.2 OLBIA addetto alla sua ricezione ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.