

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA', CONFLITTO DI INTERESSE, INCONFERIBILITA'

Il/La sottoscritto/a _____ ADRIANA TRISOLINI _____
nato/a _____, il ___ /1971_____, provincia _____
residente in _____, provincia _____
via _____ n. _____
codice fiscale _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s. m. e i. e consapevole della sanzione amministrativa di cui all'art. 75 e della sanzione penale di cui all'art. 76 del medesimo decreto:

- di non trovarsi nelle situazioni di inconferibilità, incompatibilità o conflitto di interessi previsti dalla Legge n. 190/2012, dal D.lgs n. 39/2013, dalle altre norme di legge e discipline di settore, nonché dalla Delibera n. 12/2013 dell'ANAC.
- di non appartenere ad alcun OIV/NdV *oppure*
- di appartenere attualmente all'OIV dei seguenti enti (dettagliare per singola amministrazione):
 - _____ ASL BARI _____, con n. _____ circa 9000 _____ dipendenti
 - _____ ARPA CAMPANIA _____, con n. _____ circa 500 _____ dipendenti
 - _____ // _____, con n. _____ dipendenti

Data
15/04/2024

In fede



ADRIANA TRISOLINI
15.04.2024 17:10:43
GMT+00:00