

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

(art. 20 D.Lgs. 08.04.2013, n. 39)

Il sottoscritto **ETTORE PRESUTTO** nato a [REDACTED] il [REDACTED], in relazione all'assunzione dell'incarico di **Direttore Sociosanitario** dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria – sede legale di Varese – Via O. Rossi, n.9

- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 08/04/2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 6/11/2012, n. 190",
- ai sensi degli artt. 46, 47 del DPR n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato DPR n. 445/2000,

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di incarichi di cui agli artt. 10, 12, 14 del D.Lgs. n. 39/2013.

INOLTRE DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il sopravvenire di cause di incompatibilità di cui al D.Lgs. n. 39/2013, dandone immediato avviso all'UOC Affari Generali e Legali dell'ATS dell'Insubria;
- 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 quindici giorni dalla contestazione all'interessato, nonché l'inconfiribilità di qualsivoglia incarico, di cui al D.Lgs. n. 39/2013, per un periodo di cinque anni, nonché ogni altra conseguenza prevista dall'art. 76, comma 1, del citato DPR n. 445/2000.

Varese, 04/08/2020

Firma

Dott. Ettore Presutto

Documento informatico firmato digitalmente
ex D.P.R. n. 445/2000 e D.Lgs. n. 82/2005 e norme collegate
sostituisce il documento cartaceo firmato in autografo

Varese, 4 agosto 2020

Al Direttore Generale
Dott. Lucas Maria Gutierrez
ATS dell'Insubria

Sede

OGGETTO: Accettazione nomina di Direttore Sociosanitario

Il sottoscritto dott. Ettore Presutto, nato a [REDACTED], il [REDACTED], residente a [REDACTED] in [REDACTED],

COMUNICA

di aver accettato la nomina di conferimento delle funzioni di Direttore Sociosanitario presso l'ATS dell'Insubria e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000 di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui al comma 11 dell'art. 3 del D.Lgs 502/1992.

In fede
Dott. Ettore Presutto

Documento informatico firmato digitalmente
ex D.P.R. n. 445/2000 e D.Lgs. n. 82/2005 e norme collegate
sostituisce il documento cartaceo firmato in autografo