



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



DICHIARAZIONE DI ASSENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITA' (D.Lgs. 39/2013).

Io sottoscritto/a GIAMPIERO CIUONE

ai sensi di quanto disposto dagli art. 46-47 del D.P.R 28 dicembre 2000, n. 445,

consapevole

delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R, sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

ai fini di quanto previsto dall'art. 20 -comma 2- D.Lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma della Legge 6 novembre 2012, n. 190", **consapevole anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013:**

A) Cause di incompatibilità

☒ di non avere conseguito incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR (art. 10, comma 1, del D.Lgs. n. 39/2013);

☒ di NON svolgere in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dal SSR (art. 10, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013);

☒ che né il coniuge, né il parente o affine entro il secondo grado svolge un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dal SSR né ha cariche o incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR (art. 10, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013);

☒ di NON trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità prevista dall'art. 14, commi 1, 2 e 3, del D.Lgs. n. 39/2013 (vedi Nota 1).

☒ di NON trovarsi altresì in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 1 comma 818, della L. n. 296/2006. (vedi nota 2)

Dichiara di essere informato che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale e sul sito del Ministero della Salute e dovrà essere presentata annualmente ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013.

Dichiara infine di impegnarsi a comunicare tempestivamente le cause di incompatibilità che dovessero insorgere nel corso dell'espletamento dell'incarico.

Data 3.03.2021

Firma del dichiarante



da pubblicare sul sito WEB

In caso di trasmissione del presente modulo per posta elettronica non certificata o per posta, allo stesso dovrà essere allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità