



## Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Relativa alle **Cause di inconferibilità** ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013  
(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii)

Il/La sottoscritto/a DELLI Pina

Nato/a a BORRIO il 21/06/61

In relazione al conferimento di incarico libero professionale presso il Servizio/Distretto/  
Dipartimento dell'ATS della Montagna, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e  
penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,  
**dichiara** (barrare solo la casella che interessa), sotto la propria personale responsabilità, quanto  
segue, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013:

☒ di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi presso le pubbliche  
amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013  
oppure

☐ che sussistono le seguenti cause di inconferibilità di incarichi presso le pubbliche  
amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013:

| Descrizione carica/incarico ricoperto | Disposizione di riferimento del D.Lgs. n. 39/2013 |
|---------------------------------------|---|
|                                       |   |
|                                       |   |
|                                       |   |
|                                       |   |
|                                       |   |
|                                       |   |

E di impegnarsi a rimuoverla/e entro 15 giorni dalla data della presente dichiarazione. Nelle more  
della scadenza del termine di 15 giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale conferimento  
rimane comunque condizionata dalla rimozione delle cause di inconferibilità, che dovranno, entro  
il medesimo termine, essere comunicate all'ATS della Montagna – Servizio Gestione Risorse  
Umane – Ufficio Trattamento Giuridico, tramite posta elettronica certificata o raccomandata A/R.

Sondrio, li 14/01/2019

IL DICHIARANTE

[Firma]  
(firma leggibile)

Allega alla presente dichiarazione copia del proprio documento di riconoscimento in corso di  
validità.