Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ATS Montagna

ATS della Montagna

Protocollo Generale
N. 0003744 19/01/2018
Cla: I.4.15 E

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Relativa alle **Cause di incompatibilità** 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 TOCALLI MARCO

Nato/a a MORBEGNO il 05/04/1984

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 incompatibilità 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 incompatibilità 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 incompatibilità, 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, lì 17/01/2018

IL DICHIARANTE
Tocalli Marco
(firma leggibile)

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