

	ALLEGATO 9 DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS (DA PUBBLICARE)	Pag. 1 di 2
--	--	-------------

Al Dirigente _____

Della struttura _____

Il/La sottoscritto/a: _____

in relazione alla proposta di nomina a¹:

- ☐ Direttore Sanitario;
- ☐ Direttore Amministrativo;
- ☐ Direttore dei Servizi Sociali.

consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e dei controlli che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, per quanto di mia conoscenza

DICHIARA²

Di non trovarsi in una delle situazioni di inconferibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- Di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale³.
- Di non aver svolto, nei due anni precedenti, incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR⁴.
- Di non essere stato, nei cinque anni precedenti, candidato alle elezioni europee, nazionali, regionali e locali in collegi elettorali che comprendano il territorio dell'Azienda⁵.
- Di non aver esercitato, nei due anni precedenti, la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice-ministro, Sottosegretario nel Ministero della salute o di altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale⁶.
- Di non aver esercitato, nell'anno precedente, funzioni di parlamentare⁷.
- Di non aver fatto parte, nei tre anni precedenti, della Giunta o del consiglio della Regione Toscana ovvero di non aver ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale⁸.
- Di non aver fatto parte, nei due anni precedenti, della giunta o del consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni, avente la medesima popolazione, il cui territorio è ricompreso nel territorio della AUSL Toscana nord ovest⁹.

¹ Barrare la casella relativa alle dichiarazioni rese.

² La dichiarazione deve essere resa prima di assumere l'incarico.

³ Art. 3, comma 1, D.Lgs. 39/2013.

⁴ Art. 5, comma 1, D.Lgs. 39/2013.

⁵ Art. 8, comma 1, D.Lgs. 39/2013.

⁶ Art. 8, comma 2, D.Lgs. 39/2013.

⁷ Art. 8, comma 3, D.Lgs. 39/2013.

⁸ Art. 8, comma 4, D.Lgs. 39/2013.

⁹ Art. 8, comma 5, D.Lgs. 39/2013.

	ALLEGATO 9 DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS (DA PUBBLICARE)	Pag. 2 di 2
--	--	-------------

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

- La presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale¹⁰.
- La situazione di inconferibilità non può essere sanata.
- Gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale¹¹.
- Eventuali situazioni di inconferibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
- Ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall'Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni¹².
- Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo/pubblicata su sito aziendale.

Data e luogo

Firma¹³

¹⁰ Art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013.

¹¹ Artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013.

¹² Art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013.

¹³ Il presente modulo è stato firmato digitalmente.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: PASQUALINO SCARMOZZINO

DATA FIRMA: 02/03/2023 16:59:14

IMPRONTA: 34356633323931393562343366656262636339316438313363313333333837633436393936306162