

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)**

**Al R.P.C.
Dr. Paolo Angelo AMBONI
ATS di Bergamo**

Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità all'incarico dirigenziale.

In relazione a quanto previsto dall'art. 20 del D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, il/la sottoscritto/a, PANGALLO ANDREINA, Dirigente responsabile del Servizio/U.O.C. Autorizzazione accreditamento e controlli-ambito sanitario dell'ATS di Bergamo

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA
sotto la propria responsabilità**

(Barrare la casella scelta)

X l'insussistenza a proprio carico di cause di inconferibilità e/o incompatibilità all'incarico, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 39/2013;

☐ di aver fatto cessare le cause di inconferibilità e/o incompatibilità all'incarico dal giorno, come da documentazione allegata;

☐ che sussistono le seguenti cause di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi delle disposizioni richiamate nel D.Lgs. 39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

.....
.....
e di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il Sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Luogo e data _____

Il dichiarante  _____

Trattamento dati personali:

Il/La Sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art.13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo