

Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse, incompatibilità, inconferibilità

Ai sensi dell'art. 47 e dell'art.76 DPR 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci, io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (___), il ___/___/_____, ai fini della domanda di iscrizione nell'Albo dei Formatori in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria – Ares118

DICHIARO

1) Che non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto all'assunzione di eventuali incarichi di docenza nelle attività formative dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria – Ares118, né mi trovo in alcuna delle condizioni di incompatibilità o inconferibilità all'assunzione dell'incarico previste dall'ordinamento ed in particolare dalle seguenti norme, delle quali ho preso visione:

- D. Lgs. n° 165/2001 e successive modificazioni ed integrazioni, recante *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;
- Legge n.190/2012 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- D. Lgs. n. 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 dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*;
- D.P.R. n. 62/2013, recante *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”*.

2) Di impegnarmi a comunicare tempestivamente all'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria – Ares118 ogni modifica intervenuta in relazione a quanto dichiarato al punto 1);

Autorizzo l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria – Ares118 a trattare ed elaborare i dati personali da me forniti ai sensi del D. Lgs. 196/2003 in relazione a quanto necessario per l'inserimento nell'Albo e la pubblicazione sul sito aziendale delle informazioni e dei dati correlati al presente procedimento.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 75 del DPR 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento

emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria - Ares118, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

In fede,

Data ___/___/___

Firma _____