

Dichiarazione Incompatibilità

Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità (Art. 20, D.Lgs. n. 39/2013) [1]

Il/La sottoscritto/a Giovanni Bundone Nato a [REDACTED]

Codice Fiscale [REDACTED]

Residente a [REDACTED]

Telefono [REDACTED] E-mail / PEC [REDACTED]

Consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici nel caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, [1, 2]

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. Che non sussistono a proprio carico le cause di inconferibilità e di incompatibilità di cui al Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39;
2. Di non trovarsi in alcuna situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, in relazione all'incarico di **componente del Collegio Sindacale Asl 5 Oristano** che andrà a svolgere;
3. Di non avere altri rapporti di lavoro dipendente o di collaborazione con altre Pubbliche Amministrazioni o soggetti privati che possano configurare motivi di incompatibilità;
4. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ente/Azienda qualsiasi variazione dovesse intervenire in merito a quanto dichiarato, sollevando l'amministrazione da ogni responsabilità. [1, 2, 3, 4]

Luogo Nuoro, **Data** 25 05 2026

