



SBS GROSSETO

Modello di dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità sopravvenuta

*COGNOME: MORI	*NOME: ELISABETTA
*IN RELAZIONE AL SEGUENTE INCARICO CUI FA RIFERIMENTO LA DICHIARAZIONE: DIRIGENTE UF SERVIZI SOCIO SANITARI E SOCIO EDUCATIVI	

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445 /2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo DPR, sotto la mia personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013

DICHIARO

che, rispetto a quanto precedentemente dichiarato, NON SONO SOPRAVVENUTE cause di incompatibilità ai sensi del medesimo D.Lgs 39/2013

<i>In caso si ravvisi la presenza di una causa di incompatibilità sopravvenuta od ulteriori cause ostative, specificare le circostanze</i>
--

di essere informato che ai sensi dell'art. 53, co. 16 ter, D.Lgs. 165/2001 e dell'art. 21 del D.Lgs. 39/2013 non potrò svolgere, per tre anni successivi alla cessazione dell'incarico, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta dalla SdS nell'ambito delle funzioni e poteri conferitimi nel corso del rapporto;

di essere infine a conoscenza di quanto previsto dal Codice di comportamento e dal PPCT e dalle ulteriori disposizioni interne alla SdS in materia di prevenzione della corruzione, condividendone e osservandone i principi generali e i protocolli specifici

MI IMPEGNO

- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alla presente dichiarazione
- a conformare comunque la mia condotta ai principi di correttezza, buon andamento ed imparzialità dell'azione amministrativa

Sul mio onore affermo che le dichiarazioni rese rispondono al vero.

Data e firma

17.01.2022