



COeSO

SDS GROSSETO

Modello di dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità sopravvenuta (anno 2023)

*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

In caso si ravvisi la presenza di una causa di incompatibilità sopravvenuta od ulteriori cause ostative, specificare le circostanze

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

09/07/2023