

ALLEGATO C

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

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 _____ (), il _____, ai fini della domanda di iscrizione nell'Albo dei Formatori in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro dell'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco"

DICHIARO

1. Che non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto all'assunzione di eventuali incarichi di docenza nelle attività formative dell'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco", né mi trovo in alcuna delle condizioni di incompatibilità o inconfiribilità 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 inconfiribilità 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'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco", ogni modifica intervenuta in relazione a quanto dichiarato al punto 1.;

Autorizzo l'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco 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'AO.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco", a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

In fede,

Data ____/____/_____

Firma _____