

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a D'AUSILIO EYANUELE nato/a a NAPOLI
il 05/07/1988 e residente a TREUDOLA - DICENTA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico indicato

- di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del D.Lgs.n. 165/2001 e successive modifiche

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto d.lgs. n. 39/2013.

Treudola-Dicenta, 06/06/2021

Firma


DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15 c. 1 Lett. C) DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ERASMOJELE D'AUSILIO

nato/a a NAPOLI (Prov. NA) in Via AMAZZONIA n. 22 c.a.p. 81038

in relazione all'incarico di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO COMPETENTE
SORVEGLIANZA SANITARIA 81/08

che potrà essere conferito al sottoscritto dall'I.C. "Volino-Croce-Arcoleo" di Napoli, sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D. Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privati regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

TIPOLOGIA INCARICO	TITOLO INCARICO	ENTE	CARICA	DURATA	COMPENSO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/Società/Studio)
MEDICO COMPETENTE

DICHIARA INOLTRE

- Di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web della scuola nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'istituzione scolastica ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data Trentola-Ducenta, 06/06/2021 Firma

