

Dichiarazione ai sensi del D.lgs. n. 39/2013

DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O INCOMPATIBILITA'

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata

La sottoscritta **ALESSANDRA AMADI**

ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

- con riferimento all'incarico di Direzione Struttura Complessa:
di: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

DICHIARAZIONI / CONSENSI:

- Il/la sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in alcuna delle situazioni di INCONFERIBILITÀ e INCOMPATIBILITÀ dell'incarico previste dal D. Lgs. 39/2013 e s.m.i.

- Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, comma 3 del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'ente, nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente.

- Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni sulle condizioni di incompatibilità o inconferibilità.

- Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso per l'espletamento della presente procedura e degli adempimenti conseguenti ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 196 del 30/6/2003 per la parte non abrogata.

Lì, 06-11-2025 14:36

ALESSANDRA AMADI