

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO E DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA'/CONFLITTO D'INTERESSI DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ (___), il _____ in relazione al conferimento dell'incarico di _____, avvalendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa suindicata per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma I, del medesimo D.P.R., sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

1. di non incorrere in alcuna causa ostativa al conferimento dell'incarico ai sensi dell'art. 35 bis del D.lgs. 165/2001 e s.m.i.;
2. di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nonché in situazioni di conflitto, anche potenziale, d'interessi che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite.

DICHIARA, inoltre:

1. di essere informato che, ai sensi della normativa vigente i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle finalità e modalità di cui al regolamento (UE) 2016/679 e al D.lgs. 196/2003, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per consentire gli eventuali controlli su quanto dichiarato;
2. di essere informato che l'attività di cui all'incarico rientra tra quelle ricomprese nei compiti e doveri di ufficio e che, pertanto, sarà espletata nell'orario di servizio e il/la sottoscritto/a non spetta alcun compenso da parte dell'Amministrazione di appartenenza.

Al fine di consentire i controlli nelle dichiarazioni rese, comunica il proprio codice fiscale e indirizzo di residenza: _____

Data, _____

Firma del dichiarante

Si allega:

- 1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità OPPURE firmato digitalmente