

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

relativa alla insussistenza delle

CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E/O INCONFERIBILITA'

ai sensi del D. Lgs n.39/2013

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà artt. 46 e 47 del D.P.R. del 20.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a PAOLO G. COGLIATI Dirigente AMMINISTRATIVO
CON INCARICO DI DIRETTORE DI DISTRETTO

dipendente di questa ASST Bergamo Ovest

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e degli artt. 19 e 20, comma 5, del D.Lgs. 08/04/2013, n.39, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- ☒ di non trovarsi nelle situazioni ostative di incompatibilità e inconferibilità di incarico previste dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n.39 recante "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, a norma dell'art. 1 commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012 n. 190*"
- ☐ che sussistono le seguenti cause di incompatibilità e inconferibilità ai sensi del D.Lgs n.39/2013 relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

e di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere informato che, ai sensi del Regolamento europeo n. 679/2016, i dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.
- ☒ che la presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 nella piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.
- ☒ di essere informato che la presente dichiarazione verrà pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale <https://www.asst-bgovest.it/453.asp>

Treviglio, 27/02/25

Firma del dichiarante



Si allega copia documento d'identità in corso di validità.