**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E**

**INCOMPATIBILITÀ DA RENDERE ALL’ATTO DEL CONFERIMENTO**

**DELL’INCARICO**

Il/La sottoscritt/a …………………….. nata a ……………… (………..) il …………………. CF …………………………………

già Direttore ………………………… presso ………………….., in relazione al conferimento dell’incarico di Direttore …………………………….. per il periodo di anni …………………..presso gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri - IRCCS IRE-ISG, consapevole:

- delle sanzioni penali stabilite dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000;

- che la presente dichiarazione costituisce condizione per l’acquisizione dell’efficacia dell’incarico;

- che ogni dichiarazione mendace, accertata dall’Amministrazione, comporta l’inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni, ai sensi dell’art. 20, comma 5;

- della nullità dell’atto di conferimento dell’incarico adottato in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e del relativo contratto, ai sensi dell’art. 17 D.Lgs. 39/2013;

- che lo svolgimento di incarico in situazione di incompatibilità comporta la decadenza dall’incarico stesso e la risoluzione del contratto di lavoro decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all’interessato da parte del RPC dell’insorgere della causa di incompatibilità;

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

- di essere a conoscenza delle cause di inconferibilità di cui al Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 e di non trovarsi, alla data odierna, in alcuna di esse;

- di essere a conoscenza delle cause ostative alla nomina di Direttore ……………………. previste dall’art. 3, comma 11 del d.lgs. 502/1992 e di non trovarsi in alcuna di esse;

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui all’art. 66 del d.lgs. 267/2000;

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi ed oggettivi previsti dal d.lgs. 502/1992 e della legge regionale del Lazio n. 18/94 per la nomina a Direttore …………………………….;

- di accettare la proposta di nomina a Direttore ………………………….. degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri IRCCS IRE – ISG;

- di aver ricevuto l’informativa privacy per il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art.13 del Regolamento UE n.679/2016 (GDPR) e del D.lgs 196/2003, come modificato dal D.lgs.101/2018.

Roma …………………...

Dott.ssa

All. documento di identità