

ALLEGATO “2”

DICHIARAZIONE DI INCOMPATIBILITÀ/INCONFERIBILITÀ E DI ESCLUSIVITÀ' DEL RAPPORTO PER LA SELEZIONE DEL PRESIDENTE DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELL'ASP DI TRAPANI.

Dichiarazione ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____

n. _____

Codice Fiscale _____

ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di non rivestire incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero di non avere rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero di non avere rivestito simili incarichi o cariche o avere avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione;
2. di non incorrere in alcuna delle ulteriori cause ostative o ipotesi di conflitto di interessi previste dalla Legge n. 190/2012, dal D.lgs n. 39/2013 e dalle altre norme di legge e discipline di settore;
3. di rispettare i limiti relativi all'appartenenza a più di un OIV, come previsto dall'art. 8 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 6 agosto 2020, *(specificare se si svolge incarico OIV indicando la/le seguenti Amministrazione/i):*

Si allega alla presente copia di un documento di riconoscimento in corso di validità datato e firmato.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante
