

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

“INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA’ DELL’INCARICO”
(art.20, comma 1, D.Lgs. 08/04/2013, n.39)

Il sottoscritto ARNALDO COZZOLINO nato a Roma (RM), il 17/2/1959

consapevole delle sanzioni penali prescritte dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni di cui all’art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (artt. 3, 4 e 7 del D.Lgs. n.39/2013 e s.m.i.) per il conferimento dell’incarico di:

DIRETTORE GENERALE *ad interim* dell’Azienda Farmasociosanitaria Capitolina – Farmacap

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall’art. 20, commi 3 del D.Lgs. n.39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul portale istituzionale nell’apposita sezione di Amministrazione Trasparente, nel rispetto del D.Lgs. n.33/2013 e dell’Allegato 1 della delibera CIVIT n. 50/2013.

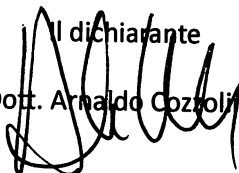
Il sottoscritto si impegna a comunicare **tempestivamente** eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Con la sottoscrizione della presente il/la dichiarante autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data del rilascio

Roma, li 13 giugno 2017

Il dichiarante

Dot. Arnaldo Cozzolino

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

“INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITA’ DELL’INCARICO”

(art.20, comma 2, D.Lgs. 08/04/2013, n.39)

Il sottoscritto ARNALDO COZZOLINO nato a Roma (RM), il 17/2/1959

consapevole delle sanzioni penali prescritte dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni di cui all’art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono cause di incompatibilità (artt. 9, 11 e 12 del D.Lgs. n.39/2013 e s.m.i.) per l’incarico di:

DIRETTORE GENERALE *ad interim* dell’Azienda Farmasociosanitaria Capitolina – Farmacap

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall’art. 20, commi 2 e 3 del D.Lgs. n.39/2013, la presente dichiarazione, da **rinnovare ogni anno nel corso dell’incarico**, verrà pubblicata sul portale istituzionale nell’apposita sezione di Amministrazione Trasparente, nel rispetto del D.Lgs. n.33/2013 e dell’Allegato 1 della delibera CIVIT n. 50/2013.

Il sottoscritto si impegna a comunicare **tempestivamente** eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il/la sottoscritto/a autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data del rilascio

Roma, li 13 giugno 2017

Il dichiarante
Dott. Arnaldo Cozzolino

