

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. N. 445/2000)
IN MATERIA DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

Il/La sottoscritto/a BOZZA MARIA, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per il caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti;

PRESO ATTO della vigente normativa in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi di seguito elencata:

- D. lgs. 165/2001 e s.i.m.;
- L. 190/2012;
- D.P.R. n.62/2013;
- D. lgs. n. 39/2013, modif. dalla l. n.98/2013;
- CC.NN.LL-/ACN di categoria;

PRESO ATTO altresì del Codice di Comportamento, del PIAO 2025-2027 nonché del Regolamento in materia di incompatibilità ed autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, tutti pubblicati sul sito aziendale dell'AORN San Pio di Benevento.

In relazione al proprio incarico di RESPONSABILE DELL'USO DI NEUROCHIRURGIA
presso l'AORN San Pio di Benevento, DELLA REGIONE LUCANIA

DICHIARA

Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità, incompatibilità e/o conflitto di interessi di cui alla predetta normativa -legislativa, contrattuale, regolamentare- sopra individuata.

Benevento, 09/05 /2025

Firma

La presente dichiarazione, sottoscritta dall'interessato, viene trasmessa tramite PEC/mail aziendali o tramite "Protocollo.Web".