



DICHIARAZIONE SULL'ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

(Art.20 D.Lgs. n.39/2013)

Il/La Sottoscritto/a **Luciana Parola**

consapevole

- ☒ delle conseguenze previste all'art. 75 del D.P.R. n.445/2000, nonché delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi di cui all'articolo 76 del medesimo testo normativo;
- ☒ che lo svolgimento dell'incarico in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. n. 39/2013 comporta la decadenza dall'incarico stesso decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato da parte del Responsabile per la prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 39/2013;
- ☒ che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella Sezione Amministrazione trasparente del Portale istituzionale dell'ASST Ovest Milanese

DICHIARA

- ☒ **di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità di cui al d.lgs. 39/2013.**

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione, dandone immediato preavviso alla ASST Ovest Milanese – Direzione Generale.

Data, 08 marzo 2023

Il dichiarante
f.to. Luciana Parola
(Nome e Cognome)

La presente dichiarazione è rilasciata dall'interessato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del REG. UE 2016/679 nella consapevolezza che i dati personali raccolti saranno trattati dall'ASST Ovest Milanese, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.