

Alla ASL Rieti

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
ED INCOMPATIBILITA'**

Il sottoscritto/La sottoscritta MARIA CARDELLINI nato/nata a
_____ OMISSIS _____ il _____ / _____ / _____ OMISSIS _____, C.F. _____ OMISSIS _____ assunto presso
codesta Azienda in data 01/03/2025, con deliberazione n. 210/CS del 18/02/2025 nel
profilo professionale di DIRIGENTE FARMACISTA

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità**

DICHIARA

- Di non avere altri rapporti di Impiego pubblico a privato e di non trovarsi in alcuna
delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.lgs. 165/2001**
- L'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità, ai sensi e gli effetti del D. Lgs. 39/2013;**

OPPURE

- Che sussistono le seguenti cause di inconferibilità ed incompatibilità, ai sensi e gli effetti del D. Lgs.
39/2013.....
.....
.....
.....
.....
.....

E di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

**Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del
contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso una nuova dichiarazione
sostitutiva.**

Luogo e data 25/02/2025.....

Il dichiarante

Maria Cardelli