

**DICHIARAZIONE**

In relazione a quanto previsto dall'art. 3 del D.Lgs n. 502/1992 e s.i.m. e dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, il sottoscritto Flavio Paoletti, nato a ..... e residente a Trieste in .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e dell'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39 dd. 08.04.2013

**dichiara sotto la propria responsabilità,**

**ai fini del conferimento dell'incarico di Direttore dei Servizi Sociosanitari dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste**

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 3, comma 11 del D.Lgs. n. 502/1992 ed artt. 10 e 14 del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di inconferibilità, avuto specifico riguardo alla disciplina prevista dagli artt. 3, 5 e 8 del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

*dott.*

Trieste, 13.02.2018

All: copia del documento di identità \_\_\_\_\_