

Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità e inconfiribilità

ai sensi dell'art. 20 del D.L.gs 39/2013

Il/La sottoscritto/a _____ SIMONA PIRALLA _____ nato/a ___ OMEGNA il 27\12\1967 _____
residente a PETTENASCO _____ via ___ NUOVA PRIVATA 24 ___ CF: PRLSMN67T67G062U

in merito al conferimento dell'incarico di CONSIGLIERE del Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Novara - Vco , consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R.445/2000, sotto la sua personale responsabilità, e con riferimento al predetto incarico

DICHIARA

di trovarsi nella seguente ipotesi:

assenza di alcuna causa di inconfiribilità e/o incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica

E di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità/inconfiribilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

Inoltre, il/la sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

Di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 e s.m.i., la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito web dell'Ordine alla sezione Amministrazione Trasparente e di autorizzare espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i..

Data e firma

8/8/2024 