



**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA'**
(art 20 commi 1 e 4 D. lgs. 39/2013)

Il sottoscritto MARCELLO DEMICHELI nato a IMPERIA il 03/11/63 residente a
IMPERIA VIA D. TORINO, codice fiscale n° DRCLCC63L05E290C

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità in atti ed uso di atti falsi come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, in applicazione della normativa vigente e relativamente all'incarico di *Componente del Collegio Sindacale* dell'Azienda Sanitaria Locale n° 1 Imperiese, di non incorrere in alcun caso di inconferibilità e/o incompatibilità previsto dalla Legge Regionale n° 41/2006 e dal Decreto Legislativo n°39/2013, e specificatamente:

- Di non aver subito alcuna condanna, neanche in base all'art. 444 c.p.p., anche non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3 D.Lgs. 39/2013);
- Di non rivestire incarichi e/o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale, né svolgere in proprio attività professionale regolata o finanziata dal S.S.R. (art. 10 D.Lgs. 39/2013);
- Che il proprio coniuge, i propri parenti o affini entro il secondo grado non rivestono incarichi e/o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale, né svolgono in proprio attività professionale regolata o finanziata dal S.S.R. (art.10, u.c., D.Lgs. 39/2013);
- Di non essere titolare e/o di non rivestire la qualità di componente dell'organo di indirizzo dell'ASL1 Imperiese o di presidente o amministratore delegato di ente di diritto privato controllato dall'ASL1 Imperiese (art. 12 D.Lgs. n. 39/2013);
- Di non rivestire alcuna carica istituzionale elettiva nell'area di riferimento dell'ASL1 Imperiese (ambito provinciale di Imperia – art. 20 L.R. 41/2006);

Il sottoscritto si impegna inoltre a dare immediata comunicazione di ogni eventuale variazione.

Data _____

Firma

Allegare copia di documento di identità in corso di validità