

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA
DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'**

Il/La sottoscritto/a ___BURELLO ROBERTO___ titolare del
seguito incarico: ___RESPONSABILE MEDICO SS HOSPICE E CURE
PALLIATIVE___ presso l' ASL
CN2 Alba-Bra

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente
decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e
76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall' Amministrazione;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall' art.53 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell' art. 20 del D.Lgs. n.39/2013, recante “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell' art. 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012. n. 190”.

Luogo ___BRA___ data ___16/09/2025___

Originale sottoscritto con firma
autografa depositato presso
gli atti dell'ufficio

I:\$Personale\$GIURIDICO\$MODELLI\$dich_incompat_incarico.doc