



DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a **POGLIO ANNA** titolare del seguente incarico **DIRIGENTE f.f. SC**
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO 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 inconferibilità 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 **VERDUNO** data 24/10/2025

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

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