

AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA - TERNI

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E DI INCOMPATIBILITA'
Ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013

Il/la sottoscritto/a Micheli Peroni nato/a a ROMA
il 13/2/1956 dipendente dell'A.O. S. Maria di Terni, titolare dell'incarico dirigenziale di
Resp. S.S. di Clinica oncologica e Radioterapia

AVVALENDOMI

delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

CONSAPEVOLE

delle sanzioni previste dall'art. 76 della richiamata normativa per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013, sotto la mia personale responsabilità al fine di quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità ed 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 5 novembre 2013, n. 190", di cui ho preso visione, consapevole anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del citato D.Lgs. 39/2013

DICHIARO

con la presente l'assenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013

Cause di inconferibilità - Capo II

- In particolare di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, riepilogati nella nota 1 (art. 3, comma 1, lettera c)

Cause di incompatibilità - Capo VI

- In particolare di essere consapevole che l'incarico attribuito è incompatibile con le situazioni previste:
 - dall'art. 9, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 39/2013 riepilogate nella nota 2
 - dall'art. 12, commi 1, 2, 3 e 4 del D.Lgs. n. 39/2013 riepilogate nella nota 2

MI IMPEGNO

- 1) Ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale
- 2) Al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconferibilità o di incompatibilità, contemplata dal D.Lgs. n. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione.

Allegata fotocopia firmata di un documento d'identità del sottoscritto.

Luogo e data Peroni 14/8/2014 Il dichiarante [firma]

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003. Titolare del Responsabile del trattamento Dott. Moreno Sarti in qualità di Responsabile dati forniti saranno trattati secondo le vigenti disposizioni di legge.

Ai sensi dell'art. 20, c. 3 del D.Lgs. 39/2013 la presente dichiarazione è dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni all'interno del link 'Amministrazioni



Azienda Ospedaliera S. Maria Terni - AZOSP.001.T

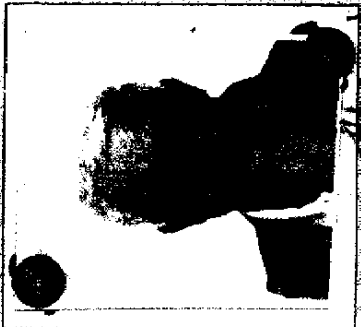

Prot. **0026546**

del 14/08/2014 ore 12:34

Tit. -

Documento P - Registro: Attivo

Cognome **CERRONI**
 Nome **MICHELE**
 nato il **13/02/1958**
 (atto n. **1** S. **A**)
 a **ROMA (RM)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **TERNI (TR)**
 Via **PINTURICCHIO N.3**
 Stato civile.....
 Professione **MEDICO CHIRURGO**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALENTI
 Statura **1.70**
 Capelli **Erizzolati**
 Occhi **Verdi**
 Segni particolari.....

Firma del richiedente **TERNI (TR)** **20/02/2010**

 Impronta del dito indice sinistro

 € **5.42**
 Conto di famiglia
IL DOTT. MICHELE CERRONI
Medico Chirurgo