

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013)

Il/La sottoscritto/a _COPPE ORAZIO_

nato/a a _SEGUSINO_ il 14/04/1961

residente a l. _____ prov (_____)

Via _____

PEC _____

- in relazione all'incarico elettivo di Consigliere dell'Ordine degli Assistenti Sociali delle Marche, consiliatura 2021 – 2025, conferito in data 11/05/2021, per il quale il/la sottoscritto/a ha dato espressa accettazione;
- presa visione del D.Lgs. 39/ 2013 *"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"*;
 - ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);
 - consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000;
 - consapevole che, ai sensi dell'art. 20, comma 5. Del D. Lgs. n. 39/2013 la dichiarazione mendace comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso Decreto legislativo per un periodo di 5 anni;

DICHIARA

1. l'insussistenza a proprio carico di cause di inconferibilità di cui al D. Lgs. n. 39/2013;
2. l'insussistenza nei propri confronti di cause di incompatibilità di cui al D. Lgs. n. 39/2013;
3. di essere a conoscenza delle disposizioni dell'art. 9 del Regolamento per la Formazione Continua ai sensi del DPR 137/12" in vigore dal 01/01/2020 e di non svolgere, dalla data di assunzione dell'incarico elettivo di consigliere, attività di formazione continua a titolo oneroso e con il ruolo di amministratore o titolare di enti autorizzati;
4. l'insussistenza a proprio carico delle cause di incompatibilità tra la carica di Consigliere dell'Ordine e la carica di componente del corrispondente Consiglio Territoriale di Disciplina, ai sensi del DPR 137/2012 art. 8 comma 3.

DICHIARA INOLTRE

1. di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. n. 39/2013, in seguito della contestazione di una eventuale causa di incompatibilità da parte del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, decadrà dall'incarico decorso il termine perentorio di 15 giorni dalla contestazione stessa;
2. di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ordine degli Assistenti Sociali della regione Marche il sopravvenire di cause di inconferibilità e/o incompatibilità, dandone immediato avviso al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, tramite PEC istituzionale.

3. di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà conservata negli archivi di ufficio e, ove necessario, pubblicata sul sito web istituzionale dell'Ordine Assistenti Sociali Marche nella sezione "Amministrazione Trasparente", nell'ambito della sezione "Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo".

Si allega documento di identità.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679, il/la sottoscritto/a autorizza che i propri dati contenuti nella presente dichiarazione siano trattati con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per cui la dichiarazione viene rilasciata.

Luogo e data Recanati 30/5/2021

Firma