AL SERVIZIO POLITICHE SANITARIE E PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO'
DI INSUSSISTENZA DELLE FATTISPECIE DI INCOMPATIBILITA' EX D.LGS. 39/2013

Io sottoscritto /a **TEZZELE ELEONORA**

con riferimento all'attribuzione dell'incarico di **consigliere** presso **l'APSP CASA LANER DI FOLGARIA (TN)**

ricevuto in data **27/03/2025**, con effetto dal **27/03/2025** al **07/05/2028**.

sotto la mia responsabilità, consapevole della sanzione dell'inconferibilità di incarichi per cinque anni in caso di dichiarazione mendace (art. 20, co. 5, d.lgs. 39/2013), nonché, ai sensi dell'art. 47 del d.P.R. 445/00, delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ed infine della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARO

☒ di non trovarmi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "*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*";

☒ che non sono intervenute modifiche nelle cariche o incarichi o alla situazione penale successivamente alla compilazione delle dichiarazioni dell'anno precedente (in caso contrario si compilino tabelle sotto riportate con le informazioni richieste);

☒ di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicazione tempestiva in ordine all'insorgere di una delle cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo 39/2013.

Luogo e data

Folgaria 6.10.2025