



ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

UFFICIO LEGALE
TEL 0761 237032
FAX 0761237033 elaine.bolognini@asl.vt.it

PROT. N° 92957

VITERBO, 15.12.22

OGGETTO: dichiarazione di incompatibilità Avv. Armando Conti PL 93/22

Sulla base della dichiarazione resa dal legale in oggetto e dagli atti in possesso di questo Ufficio, si attesta che per il legale in parola non sono state rilevate situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi con questa Azienda.

Cordiali Saluti

Il Responsabile dell'Ufficio Legale
Avv. Elaine Bolognini

R.C.

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA',
INCOMPATIBILITA', CONFLITTO DI INTERESSE, DI CUI AL D.LGS. 8 APRILE 2013 N.39 -**

"Disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190"

Il sottoscritto **Avv. Armando Conti** iscritto all'Ordine degli Avvocati di Roma
CF CNTRND50S24G592L P.IVA 08018760580

CONSAPEVOLE

- delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi di cui agli artt. 75 e 76 DPR 445/2000;

DICHIARA

Ai sensi e per le finalità di cui:

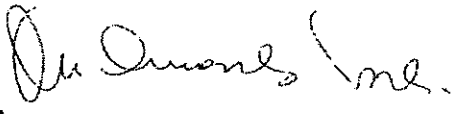
- all'art. 20 del **DECRETO LEGISLATIVO 8 aprile 2013 n. 39**, recante *"Disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190;*
- **CHE NON SUSSISTE ALCUNA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITA'/ INCONFERIBILITA'/ CONFLITTO DI INTERESSE PREVISTE DAL D. Lgs. 39/2013 RIGUARDO AD INCARICHI EVENTUALMENTE CONFERITI DA CODESTA ASL.**
- **CHE PRESSO ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, come definiti all'art. 1, rubricato "Principi Generali" del D. Lgs. 39/2013**
 - **non svolge incarichi...X**.....
 - **svolge i seguenti incarichi**.....
 - **non è titolare di cariche...X**.....
 - **ricopre le seguenti cariche**.....
 - **non svolge attività professionale...X**.....
 - **svolge le seguenti attività professionali**.....

DICHIARA, inoltre, di prendere atto che:

- i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati per fini istituzionali connessi al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, comunque, nel rispetto delle prescrizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.;
- la presente dichiarazione sarà pubblicata dalla ASL, ai sensi e per gli effetti dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni nel contenuto della presente dichiarazione, dandone immediato avviso a codesta Azienda e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione.

Si impegna, altresì, a presentare annualmente tale dichiarazione.


Avv. _____