



ASL  
VITERBO



REGIONE  
LAZIO

UFFICIO LEGALE  
TEL. 0761 237032  
FAX 0761237033 [elaine.bolognini@asl.vt.it](mailto:elaine.bolognini@asl.vt.it)

PROT. N° 39911

VITERBO, 24-05-2022

OGGETTO: dichiarazione di incompatibilità e conflitto di interessi Avv. Armando Conti per la causa PL 24/22

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

M.O.

**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 inconferibilita' 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 inconferibilità e incompatibilità 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**

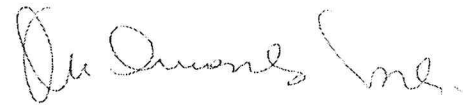
- **non svolge incarichi...X.....**
- **svolge i seguenti incarichi.....**
- **non è titolare di cariche...X.....**
- **ricopre le seguenti cariche.....**
- **non svolge attività professionale...X.....**
- **svolge le seguenti attività professionali.....**

**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.**

Roma, 20.5.2022

  
Avv. \_\_\_\_\_