DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013

Il sottoscritto Andrea Capri

nato a xxxxxxxx il xxxxxxxx

C.F. xxxxxxxxxxxxxxxx

in relazione all'incarico di Medico Competente per la Sorveglianza Sanitaria della Direzione generale per le politiche previdenziali e assicurative

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, visto in particolare l'art. 20 del decreto medesimo e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento UE 2016/679 circa il trattamento dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20, comma 3 del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data

Roma, 18/11/2022

Il Dichiarante

_dott. Andrea Capri