DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
ai sensi del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39

Il sottoscritto Antonino Bartuccio,

nato a XXXXXXXXXXXXXXX il XXXXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di Commissario ad acta dell'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI), presa visione della normativa introdotta dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, e consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 20, comma 5, del citato decreto legislativo, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445 del 2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole:
- che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico;
- che ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa;
- che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Roma, 01 Ottobre 2025

Il Dichiarante

F.to Antonino Bartuccio