

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' E CONFLITTO DI INTERESSI ALLA NOMINA O DESIGNAZIONE PER INCARICHI PRESSO L'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI CATANIA, RAGUSA E SIRACUSA

Il sottoscritto/~~La sottoscritta~~ CULTRENA GIUSEPPE nato/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_;

con riferimento alla elezione di Consigliere dell'Ordine Interprovinciale della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Catania – Siracusa – Ragusa;

sotto la propria responsabilità, 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,

DICHIARA

Di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità sotto riportate:

di non avere riportato condanne, per uno dei reati previsti dal Capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale:

OPPURE

di avere riportato condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale (qualora riportate vanno indicate anche le condanne penali ricevute a seguito di patteggiamento per reati contro la pubblica amministrazione):

- Condanne riportate \_\_\_\_\_
- Data provvedimento \_\_\_\_\_

- Durata interdizione da pubblici uffici \_\_\_\_\_,
- eventuale cessazione rapporto di lavoro dipendente o autonomo in conseguenza della condanna;

DICHIARA INOLTRE

**X** di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto ad oggi dichiarato ed a rendere, nel caso, nuova attestazione;

■ di ricoprire i seguenti incarichi/cariche presso Pubbliche Amministrazioni o enti di diritto privato controllati/finanziati dalla pubblica amministrazione:

- Ente \_\_\_\_\_
- Carica/incarico \_\_\_\_\_
- Inizio \_\_\_\_\_
- Fine \_\_\_\_\_

■ di ~~trovarsi~~ /non trovarsi in una delle cause di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi di cui all'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 (Disposizioni in materia di lavoro alle dipendenze di pubbliche amministrazioni);

■ di ~~trovarsi~~ /non trovarsi in una delle cause di inconfiribilità di cui al D. Lgs. n. 39/2013.

■ di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse.

Firma e data GIANNE 22/01/2024