

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D.LGS 39/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Al/la sottoscrittø/a BRUNA MONTI natø/a a
S. BENEDETTO DEL TRONTO il 08-06-1961
relativamente all'incarico di CONSIGLIERE presso L'OMCeO DI TERAMO
per il periodo DAL 01 GENNAIO 2025 AL 31 DICEMBRE 2028, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76
del T.U. D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici prevista dall'articolo 75 del medesimo Testo Unico in
caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilit 

DICHIARA

- L'insussistenza di cause di inconferibilit  e incompatibilit  previste dal Dlgs 39/2013
- Di essere informato/a che ai sensi dell'articolo 20 e 3 del DLGS 39/2013 la presente dichiarazione sar  pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Teramo nella sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio Curriculum vitae
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione l'eventuale insorgere di taluna delle situazioni sopra menzionate

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati nonch  per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti.

L'Amministrazione si riserva la facolt  di verificare la veridicit  delle informazioni contenute nella presente dichiarazione

Data e Luogo 09-01-2025 NERETO

Il dichiarante

[REDACTED SIGNATURE]