

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE,  
INCOMPATIBILITÀ, INCONFERIBILITÀ

OGGETTO: incarico componente Consiglio direttivo – Carica rivestita ...CONSIGLIERE.....

Ai sensi dell'art. 47 e dell'art. 76 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci la sottoscritta ...LUBINU PAOLA.....

nata a ...SASSARI..... il ...29/03/1983.....

e residente in ...SASSARI..... Professione ...OSTETRICA.....

Individuato dal Collegio Interprovinciale delle Ostetriche di Sassari e Olbia – Tempio e dalla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche ai sensi del DLCPS 233/1946 e del DPR 221/1950

DICHIARA

che ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione, non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto all'assunzione dell'incarico, né mi trovo in alcuna delle condizioni di incompatibilità o inconferibilità all'assunzione dell'incarico previsto da:

- L. n. 190 del 06.11.2012 (disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione);
- D. Lgs. N. 33 del 14.03.2013 (riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni);
- D. Lgs. N. 39 del 08.04.2013 (disposizioni in materia di inconferibilità o incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico);
- DPR N. 62 DEL 16.04.2013
- D. Lgs. N. 165/2001 e s.m. e i.

ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 33/2013

1) di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

Denominazione Ente	Incarico ricoperto	Compensi e rimborsi percepiti

2) di avere la titolarità in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

Denominazione Ente	Carica rivestita	Compensi e rimborsi percepiti

3) di svolgere le seguenti attività professionali

Denominazione Ente	Carica rivestita	Compensi e rimborsi percepiti

4) di esercitare le funzioni di amministratore o di sindaco di società

Società e descrizione

sul mio onore che tutti i dati riportati nel CV allegato e nel presente documento corrispondono a verità;

Ai fini di quanto sopra ALLEGO:

1) Copia del curriculum vitae.

Data 30/11/2015.....

Firma Paola Libi.....

La sottoscritta DICHIARA di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativa alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora il Collegio Interprovinciale delle Ostetriche di Sassari e Olbia – Tempio, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

La sottoscritta, ai sensi del D. Lgs. 196/03 ACCORDA IL CONSENSO affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti ed obblighi di legge e dei regolamenti del Collegio Interprovinciale delle Ostetriche di Sassari e Olbia – Tempio e della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche.

Data 30/11/2015.....

Firma del dichiarante Paola Libi.....