



AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI DI CUI AL D.LGS. 39 DEL 2013

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto

Cognome	<u>SIGISMONDI</u>
Nome	<u>PIERGIUSEPPE</u>
Incarico in AZIENDA ISOLA	<u>MEDICO DEL LAJOLA</u>
Email	<u>P.sigismondi@propec.it</u>

in attuazione del disposto di cui all'art. 20, comma 2, del D.lgs. 39/2013 e consapevole delle responsabilità civili e penali e amministrative relative a dichiarazioni false e mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

- che non sussiste alcuna causa di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39/2013 per lo svolgimento del proprio incarico presso AZIENDA ISOLA;
- di non incorrere nei divieti dell'art. 53 comma 16 — ter D.lgs. 165/01 e art. 21 D.lgs. 39/13;
- di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet di AZIENDA ISOLA e di prestare il relativo consenso anche ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. 196/2003;
- allega copia del documento di identità.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda ogni e qualsivoglia mutamento della situazione dichiarata.

Data

21.3.2024

Il Dichiarante
Piergiuseppe Sigismondi
Medico Competente in Medicina del Lavoro
Via Lombardia, 14 - ALME' (BG) TEL. 035 543155

NB: Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia del documento di identità può essere inviata per via telematica.