

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ**  
**PER INCARICHI DIRIGENZIALI INTERNI ED ESTERNI.**

(resa ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. n. 39/2013. (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190), in attuazione della Legge n. 190/2012 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione).

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT.SSA FELICIA ANNA SPADAVECCHIA	
DIRETTORE DELLA UOC	DELLA ASL BAT
OVVERO	
DIRIGENTE DELLA U.O.S.V.D PATOLOGIA CLINICA DI BASE BISCEGLIE	DELLA ASL BAT
OVVERO	
DIRIGENTE DELLA U.O.S	DELLA ASL BAT

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

di essere a conoscenza delle cause di INCOMPATIBILITÀ, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 39/2013 e s.m.i., e di non essersi trovato nell'anno 2024 e di non trovarsi, alla data odierna, nelle seguenti situazioni normativamente previste:

- X Di non svolgere incarichi o avere cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario della Regione Puglia o dall'ASL BAT (art.9 D.lgs. n.39/2013).
- X Di non svolgere in proprio attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario della Regione Puglia o dall'ASL BAT (art.9 D.lgs. n.39/2013).
- X Di non svolgere la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e Commissario Straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, o di parlamentare. (art.12, comma 2, D.lgs. n.39/2013).
- X Di non ricoprire la carica di componente negli organismi collegiali elencati all'art.12, comma 3 lett. a), b), c) e comma 4 D.lgs. n.39/2013)
- X Di essere consapevole che l'accertata incompatibilità comporta la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'insorgere della causa di incompatibilità. (art.19 D.lgs. n.39/2013).

X Di essere, altresì, consapevole dell'obbligo di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di

1

incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

X Di impegnarsi a presentare annualmente, per la durata dell'incarico, una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità di cui al D.lgs. n.39/2013.

OPPURE

### DICHIARA

che sussistono le seguenti cause di incompatibilità ai sensi delle disposizioni sopra richiamate del D.lgs.39/2013:

---

---

---

---

---

---

---

---

Di essere consapevole che tutto ciò che è stato qui dichiarato:

- a) ha valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione, in relazione agli stati, qualità personali e fatti che sono di sua diretta conoscenza ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000;
- b) sarà pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale.
- c) di essere stato informato circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.
- d) Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rilasciare, se necessario, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il presente documento, sottoscritto con firma digitale, costituisce prova legale dell'identità del sottoscrittore (ai sensi art. 24 c. 4 D. LGS 82/2005 s.m.i.), e pertanto, non si allega copia fotostatica non autenticata del proprio documento di identità.

Il documento non sottoscritto con firma digitale, bensì firmato con firma olografa, corredato di documento di riconoscimento, è depositato in atti.

Luogo e data

\_Bisceglie 04/07/2025

Il dichiarante  
Dott.ssa FA Spadavecchia

