



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. n. 445/2000, IN TEMA
DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED
INCOMPATIBILITA' DI INCARICO DIRIGENZIALE EX D. LGS.
N. 39/2013**

Il sottoscritto Fabio Arena, nato a xxxx il xx.xx.xxxx e residente in xxxxxx (xx) alla xxxxx xxxx xxxxx n. xx professore associato dell'Università di Foggia e conferito all'attività assistenziale presso il Policlinico Foggia con incarico professionale presso la SC Patologia Clinica D.U., consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità e sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 06.04.2013, n. 39.

- di essere informato che, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs; n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale del Policlinico Foggia nella Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013, a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi. A tal fine allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Foggia, 01.01.2025

F.to Prof. Fabio Arena

L'originale della presente dichiarazione è conservata presso la S.C. Politiche del Personale