

Prot. 26-00973 del 16/02/2025

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ

AI SENSI DEL D.LGS. 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'ART. 1, COMMI 49 E 50, DELLA LEGGE 06 NOVEMBRE 2012, N. 190".

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR N. 445/2000 E SMI)

La sottoscritta Monaco Chiara , in qualità di Dirigente SII di Aimag spa

VISTI

- la Legge 6 novembre 2012 , n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" e s.m.i;
- il D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante "*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*";
- il Modello di organizzazione, gestione e controllo adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e s.m.i., l'Impegno Etico del Gruppo AIMAG e le Misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

sotto propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20 nonché dall'art. 76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

- di non trovarsi in una delle cause di incompatibilità e inconferibilità, di cui al D. Lgs 8 aprile 2013, n. 39;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, derivanti dall'incarico ricevuto;
- di impegnarsi al rispetto assoluto dei principi e valori stabiliti nel Modello ex art. 231/2001, nell'Impegno Etico, nelle Misure organizzative per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza redatte ai sensi della L. 190/2012 adottate da AIMAG SpA.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni in merito al contenuto della presente dichiarazione e a rinnovare annualmente la dichiarazione.

Data 16/02/2025

Firma Olivia Monaco


 REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



 Codice Fiscale **MNCCHR82C65L259D** Sesso **F**

Cognome **MONACO**
 Nome **CHIARA**
 Luogo di nascita **TORRE DEL GRECO**

Data di scadenza **06/12/2030** Provincia **NA**

Data di nascita **25/03/1982**

Da servizi regionali

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA




3 Cognome **MONACO**

4 Nome **CHIARA**

5 Data di nascita **25/03/1982**

6 Numero identificazione personale **MNCCHR82C65L259D**

7 Numero identificazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera **80380000800391029339**

9 Scadenza **06/12/2030**