

**DICHIARAZIONE DI INESISTENZA DI CAUSE
DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI
E CONFLITTO DI INTERESSE**

Il sottoscritto dott. MADRONE CARMELA, in qualità di COMPONENTE
del Collegio Sindacale Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP, nominato
con Deliberazione del Commissario Straordinario n°1026 del 09/12/2025:

- VISTO il D. Lgs 8 aprile 2013 n°39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n°190";
- VISTO il DPR 16 aprile 2013 n°62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D. Lgs 30 marzo 2001 n°165";
- Consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n°445 in merito alla responsabilità penale conseguente a falsità in atti ed a dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 del medesimo decreto, il quale prevede la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, a norma degli artt. 45 e 46 de DPR n°445/2000;

DICHIARA

In relazione all'incarico di membro del Collegio Sindacale Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP

- ✓ di non trovarsi in alcuna situazione di conflitto di interesse attuale o potenziale, nell'espletamento dell'attività istituzionale affidata;
- ✓ di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità di incarichi di cui al D.Lgs. n°39/2013;
- ✓ di essere informato, ai sensi della vigente normativa in materia di privacy, che i dati personali raccolti e trattati dall'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto si impegna altresì a:

- ✓ comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione ed a rendere, nel caso una nuova dichiarazione sostitutiva ed a:
- ✓ comunicare tempestivamente al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza-ASP l'insorgenza di eventuali cause di conflitto di interessi, anche potenziale, con trasmissione di richiesta di astensione e di eventuali cause di incompatibilità sopravvenute con rimozione delle stesse entro quindici giorni dall'insorgenza.

Il sottoscritto si impegna infine a trasmettere la presente dichiarazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP per la pubblicazione, ai sensi di legge, sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Data 15/12/2025

Firma

