



**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E
DI CONDIZIONI DI INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DEGLI ARTICOLI 3 5, 8
10 E 14 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 39/2013**

Il sottoscritto dott. Gaetano Rinaldi nato a [REDACTED] e residente in [REDACTED], Direttore dell'UOC Provveditorato Economato dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP, nominato Direttore Amministrativo f.f. dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP con DDG n. 715 del 29/08/2025

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e *ss.mm.ii.*, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000:

- di non trovarmi in alcuna delle situazioni di inconferibilità di cui agli artt. 3, 5 e 8 del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i.;
- di non trovarmi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui agli artt. 10 e 14 del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i.;
- di impegnarmi, ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D. Lgs. n. 39/2013, a comunicare tempestivamente, eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Alla presente allega copia fotostatica fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Potenza, 29/08/2025

FIRMA

[REDACTED]