

Alla Regione Toscana  
Direzione Affari legislativi, giuridici  
ed istituzionali  
Piazza dell'Unità Italiana, 1  
50123 Firenze

Oggetto: **dichiarazione di cui all'articolo 20 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'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190).

Il/La sottoscritto/a DEL MEDICO MARCO

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ai fini della nomina nella carica di **Amministratore/Direttore/Presidente dell'ente pubblico**  
A.R.D.S.U. e presa visione del D.Lgs. 39/2013

#### DICHIARA

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);
- consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione procedente è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR 445/2000, e delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000;
- consapevole che, ai sensi dell'articolo 20, comma 5, del D. Lgs. 39/2013 la dichiarazi  
la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso decreto legislativo per un periodo di 5 anni

Con riferimento alle cause di INCONFERIBILITA' previste dal D. Lgs. 39/2013

1.  Di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità previste dagli artt. 3, 4 e 7 del D. Lgs. 39/2013

Con riferimento alle cause di INCOMPATIBILITA' previste dal D. Lgs. 39/2013<sup>1</sup>

2.  Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall' art. 9 del D. Lgs. 39/2013  
ovvero

di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità prevista dall'art. 9 del D. Lgs. 39/2013

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.  Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall' art. 11 del D. Lgs. 39/2013  
ovvero

di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità prevista dall'art. 11 del D. Lgs. 39/2013

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.  Di non trovarsi in alcuna altra situazione di incompatibilità di cui al D. Lgs. 39/2013  
ovvero

di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità di cui al D. Lgs. 39/2013<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data 04/02/2021

Firma

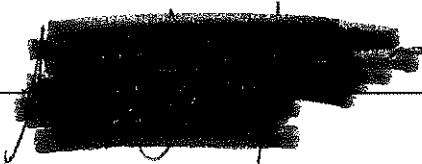


<sup>1</sup> Ai sensi dell'articolo 20, comma 2, del D.Lgs. 39/2013, l'interessato dovrà presentare annualmente, dietro apposita richiesta della Regione Toscana, una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità previste dallo stesso decreto legislativo.

Il/La sottoscritto/a DEL MEDICO MARE

DICHIARA INOLTRE

1. di impegnarsi, se nominato, a scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni dalla nomina, tra la permanenza nell'incarico oggetto della nomina e lo svolgimento di altri incarichi e/o cariche con esso incompatibili in base a quanto dichiarato ai precedenti punti 2, 3 e 4; la scelta, unitamente a copia della lettera di dimissioni, dovrà essere comunicata entro il termine sopra indicato a Regione Toscana, Direzione Affari legislativi, giuridici ed istituzionali, Piazza dell'Unità 1, 50123 Firenze (oppure alla casella PEC [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it))
2. di impegnarsi, se nominato, a comunicare tempestivamente il sopravvenire di cause di inconferibilità e/o incompatibilità di cui ai punti da 1 a 4 della precedente dichiarazione, dandone immediato avviso alla Regione Toscana, Direzione Affari legislativi, giuridici ed istituzionali, Piazza dell'Unità 1, 50123 Firenze (oppure alla casella PEC [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it))

Data 01/01/2021 Firma 

Allegati:

- copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità

ELENCO DEGLI INCARICHI E DELLE CARICHE RICOPERTE IN ENTI E ORGANISMI VARI

Il/La sottoscritto/a DEL MEDICO MARCO  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione precedente è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR 445/2000 e delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

di aver ricoperto i seguenti incarichi/cariche:

ENTE/ SOCIETA'/ALTRO	ORGANO/ORGANISMO	DURATA NATURALE MANDATO (espressa in anni o mesi)	DATA INIZIO (gg/mm/aaaa)	DATA FINE (gg/mm/aaaa)	NOMINATO/ DESIGNATO DA
SINDACATO NAZIONALE AGENZI	PRESIDENTE PROV	3 ANNI	8/9/2020	20/9/2023	ASSEMBLEA ASSOCIATI
	COORDINATORE REG	3 ANNI	27/9/2020	20/9/2023	C

AOCGR1 / AD Prot. 0001497 Data 05/01/2021 ore 07:43 Classifica A.090.030.

Data 04/01/2021

Firma 