

**DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' (ai sensi del D.lgs. n.39/2013)**

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a Elisabetta Trallori nata a Firenze il 17.1.1969 consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D.lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (art. da 3 a 8) né di incompatibilità (art. da 9 a 14) ai sensi delle disposizioni di cui al citato D.lgs. n.39/2013 per l'espletamento della Funzione di R.U.P. (Responsabile Unico del Procedimento) per conto dell'Ente Ordine delle Professionisti Infermieristiche Interprovinciale di Firenze e Pistoia;
- che nello svolgimento dei compiti affidati non si trova nelle situazioni di conflitto di interesse (art. 6-bis della legge 241/1990, art. 42 del D.lgs. 50/2016 e art. 6, comma 2 del DPR 62/2013) che possano essere percepite come pregiudizio alla imparzialità ed indipendenza di giudizio nello svolgimento dei compiti ivi incluse le relazioni personali, commerciali, di amicizia o grave inimicizia, professionali di titolarità di poteri di gestione (art. 7 del DPR 62/2013).
- Che si impegna ad operare secondo i profili di imparzialità ed a svolgere il proprio compito con rigore, riservatezza, nel rispetto della normativa vigente del D.lgs. 50/2016 ed in posizione di indipendenza.

- di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine delle Professionisti Infermieristiche Interprovinciale di Firenze e Pistoia nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto dal *Regolamento UE 2016/679 di cui all'art. 6 comma 1 lett. c) ed e)*, nonché in ottemperanza di quanto disposto dal D.lgs. 196/2003 e s.m.i..

Luogo e data, Firenze 8 febbraio 2023

Il Dichiarante

Elisabetta Zolboni

Sottoscrizione con firma autografa e copia del documento di identità.

La firma autografa è depositata agli atti attraverso il protocollo informatico dell'Ordine delle Professionisti Infermieristiche Interprovinciale di Firenze e Pistoia ai sensi dell'art. 20 del Codice di Amministrazione Digitale D.lgs.

82/2005 e ss.mm. ii..