

# MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA'

*Ai sensi del D.LGS 39/2013*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Cardelli Paolo nato/a a  
Atri (TE) il 18/07/1984

relativamente all'incarico di Componente Commissione Albo Odontoiatri - Consigliere dell'Ordine presso L'OMCeO DI TERAMO  
per il periodo DAL 01 GENNAIO 2025 AL 31 DICEMBRE 2028, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76  
del T.U. D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici prevista dall'articolo 75 del medesimo Testo Unico in  
caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- L'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal Dlgs 39/2013
- Di essere informato/a che ai sensi dell'articolo 20 e 3 del DLGS 39/2013 la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Teramo nella sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio Curriculum vitae
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione l'eventuale insorgere di taluna delle situazioni sopra menzionate

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione

Data e Luogo Tortoreto (TE) 16/01/2025

Il dichiarante

