Dichiarazione di insussistenza cause di incompatibilità

ai sensi dell'art. 20 del D.L.gs 39/2013

Il sottoscritto Roberto ARMENIO, nato l'11 marzo 1970

OMISSIS

in merito al conferimento dell'incarico di **Consigliere dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Torino**, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R.445/2000, sotto la sua personale responsabilità, e con riferimento al predetto incarico

DICHIARA

di trovarsi in una delle seguenti ipotesi:

- **X** assenza di alcuna causa di incompatibilità ai sensi del D.Lgs n. 39/2013 nell'assunzione della carica
- ☐ sussistenza della/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 _____

e di impegnarsi a rimuoverla/e entro il termine di 15 (quindici) giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il sottoscritto è consapevole che nelle more della scadenza del termine di 15 (quindici) giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata alla rimozione delle cause di incompatibilità.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali cause di sopravvenuta incompatibilità e a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza, consapevole di quanto disposto dall'art. 20, co. 5, del D.Lgs n. 39/2013 nell'ipotesi di accertata dichiarazione mendace.

Inoltre, il sottoscritto con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

di essere informato che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 e s.m.i., la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito web dell'Ordine alla sezione Amministrazione Trasparente e di autorizzare espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i..

Torino, 18 giugno 2026

Il Dichiarante

f.to Roberto ARMENIO

L'originale della presente dichiarazione è detenuta dall'Ufficio di Segreteria OPI Torino