

**COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE/CONSULENZA ED ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ, INCOMPATIBILITÀ O CONFLITTO DI INTERESSI**

Io sottoscritto/a PELINO LORENZO  
nato/a a SULMONA (AD) il 16/08/1975  
residente a SULMONA (AD) in Via DON BOSCO n. 17

**AVVALENDOMI**

delle facoltà di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

**CONSAPEVOLE**

delle sanzioni previste dall'art. 76 della richiamata normativa per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 - comma 1 - del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARO**

di **non** essere stato/a ~~condannato/a~~, anche con sentenza non passata in giudicato, e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, nonché di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

di **non** avere procedimenti penali in corso;

di **non** avere avuto sanzioni disciplinari e di **non** avere procedimenti disciplinari in corso presso il Consiglio dell'Ordine (qualora esistente)

di ~~essere stato/a condannato/a~~, anche con sentenza non passata in giudicato, per il seguente reato: \_\_\_\_\_

di ~~essere destinatario/a dei seguenti provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, nonché di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale~~: \_\_\_\_\_

di ~~avere procedimenti penali in corso per i seguenti reati~~: \_\_\_\_\_

di ~~avere ricevuto sanzione/i disciplinare/i, o avere un procedimento disciplinare in corso, per i seguenti motivi~~: \_\_\_\_\_

di **non** trovarsi in posizione di conflitto di interessi con l'Azienda USL di Teramo e di non versare in alcuna condizione di incompatibilità nei confronti della stessa;



di **non** essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione ovvero di **non** essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego pubblico e di non essere stato/a licenziato/a per aver conseguito un impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti;

di **avere** in corso i seguenti altri incarichi professionali con oneri a carico della Finanza pubblica, presso Enti pubblici o Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione: (indicare numero e tipologia degli incarichi in essere e gli Enti che li hanno conferiti, con esclusione di quelli eventualmente già conferiti dalla ASL di Teramo): ASL Rieti - ASUR ANCONA - ASL 1 ABRUZZO -  
- ASL 2 ABRUZZO - ASL 3 ABRUZZO

di **essere** titolare della seguente carica presso Enti pubblici o Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione (indicare la carica rivestita, la durata e l'Ente che l'ha conferita)  
MEMBRO DEL CONSIGLIO TERRITORIALE ORDINE INGEGNERI  
L'AQUILA

Il/La sottoscritto/a si impegna ad aggiornare le informazioni di cui alla presente comunicazione ogniqualvolta si determinino variazioni rilevanti.

Data 22/12/2020



*(Spazio riservato all'ufficio ricevente, da utilizzare in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità)*

*Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante*

\_\_\_\_\_  
*Nome, Cognome e profilo professionale del funzionario*

\_\_\_\_\_  
*Firma del funzionario*