Il/La sottoscritto/a FIGUS MARIA VIVIANA

nata a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data CAGLIARI 20.07.2023	
Il/La Dichiarante	
F.to Figus Maria Viviana	

Il/La sottoscritto/a FIGUS MARIA VIVIANA

nata a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data 20.07.2023

Il/La Dichiarante

F.to Figus Maria Viviana

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a. FIGUS MARIA VIVIANA

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

## **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE

#### In alternativa

➤ X di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

dei reati pro	evisti dal Capo I del Titolo	II del Libro II del Codice Penale <sup>1</sup> :
- In alternativa		
X di NON a	-	uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
cui al decreto legi dati conferiti con l del procedimento amministrativi ad	slativo 10 agosto 2018, n. la presente dichiarazione so amministrativo per cui e	lamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i ostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo essi sono specificati, nonché per gli adempimenti a la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
L'Amministrazione presente dichiaraz	v	ficare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di u	un documento di riconoscim	nento in corso di validità del sottoscrittore.
Data, 20.07.2023		Firma del dichiarante
		F.to Figus Maria Viviana
Osserv	vazioni e/o rilievi de	ell'organo conferente l'incarico
Data,		Firma

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE

POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a FIGUS MARIA VIVIANA

nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della

decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false

o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE)

2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla

protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con

strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa

e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro

e delle Politiche Sociali.

Luogo e data

CAGLIARI, 20.07.2023

Il/La Dichiarante

F.to Figus Maria Viviana

Il/La sottoscritto/a MUSSONI GIANFRANCO

nata a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data	NUORO 21.07.2023	
		Il/La Dichiarante
		F.to Gianfranco Mussoni

Il/La sottoscritto/a MUSSONI GIANFRANCO

nata a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data NUORO 21.07.2023

Il/La Dichiarante F.to Gianfranco Mussoni

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a. MUSSONI GIANFRANCO

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

## **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE

## In alternativa

➤ X di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

dei reati previsti dal Capo I del Titolo	II del Libro II del Codice Penale <sup>1</sup> :
In alternativa	
<ul><li>X di NON aver riportato condanne per II del Codice Penale.</li></ul>	uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
if del codice i enaie.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. dati conferiti con la presente dichiarazione se del procedimento amministrativo per cui e	olamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i ostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo essi sono specificati, nonché per gli adempimenti sa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del i.
L'Amministrazione si riserva la facoltà di ver presente dichiarazione.	ificare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscin	nento in corso di validità del sottoscrittore.
Data, NUORO 21.07.2023	Firma del dichiarante
	F.to Gianfranco Mussoni
Osservazioni e/o rilievi de	ell'organo conferente l'incarico

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE

POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a MUSSONI GIANFRANCO

nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della

decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false

o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice"

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE)

2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla

protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con

strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa

e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro

e delle Politiche Sociali.

Luogo e data NUORO 21.06.2023

Il/La Dichiarante

F.to Gianfranco Mussoni

Il/La sottoscritto/a AGUS PIERO	
nato a XXXXX	. il XXXXX
C.F. XXXXX	

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data CAGLIARI 31/07/2023

Il/La Dichiarante Piero Agus

II/La sottoscritto/a <b>AGUS PIERO</b>	
nato a XXXXX	. il XXXXX
C.F. XXXXX	

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni

previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data CAGLIARI 31/07/2023

Il/La Dichiarante Piero Agus

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a **AGUS PIERO**,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

## **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI DI CONCERTO CON MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE	PRESIDENTE COMITATO REGIONALE INPS SARDEGNA	30 gennaio 2019	marzo 2023

### In alternativa

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

di aver riportato le seguenti condanne, anche c	on sentenza non passata in giudicato, per uno
dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Li	bro II del Codice Penale <sup>1</sup> :
In alternativa	
X di NON aver riportato condanne per uno	dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del
Libro II del Codice Penale.	
L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relo dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutivo del procedimento amministrativo per cui essi son amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pub Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.  L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare	ativi alla protezione dei dati personali, che i a saranno utilizzati in relazione allo sviluppo o specificati, nonché per gli adempimenti oblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
nella presente dichiarazione.	e ta vertatetta dette ingormazioni contenute
Si allega copia di un documento di riconoscimento in	corso di validità del sottoscrittore.
Luogo e data CAGLIARI 31/07/2023	Il/La Dichiarante Piero Agus
Osservazioni e/o rilievi dell'org	ano conferente l'incarico
Data,	Firma

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a <b>AGUS PIERO</b>	
nato a XXXXX	il XXXXX
C.F. XXXXX	

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

- di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data CAGLIARI 31/07/2023

Il/La Dichiarante Piero Agus

Il/La sottoscritto/a TUVERI GIORGIO	
nato a XXXXX	. il XXXXX
C.F. XXXXX	

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data CAGLIARI 31/07/2023

Il/La Dichiarante Giorgio Tuveri

Il/La sottoscritto/a TUVERI GIORGIO	
nato a XXXXX	. il XXXXX
C.F. XXXXX	

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

## **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data CAGLIARI 31/07/2023

Il/La Dichiarante Giorgio Tuveri

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a **TUVERI GIORGIO**,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

#### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
USR CISL SARDEGNA	COMPONENTE CONSIGLIO GENERALE CISL SARDA	09 marzo 2022	09 marzo 2026
ANTEAS SARDEGNA	PRESIDENTE ANTEAS M.C. ODV	07 luglio 2020	07 luglio 2024
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI DI CONCERTO CO IL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE	COMPONENTE COMITATO REGIONALE INPS SARDEGNA	30 gennaio 2019	MARZO 2023

#### In alternativa

➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del L	ibro II del Codice Penale <sup>1</sup> :
In alternativa	
X di NON aver riportato condanne per uno	dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del
Libro II del Codice Penale.	
L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, redati conferiti con la presente dichiarazione sostitutivo del procedimento amministrativo per cui essi son amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pur Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	lativi alla protezione dei dati personali, che i va saranno utilizzati in relazione allo sviluppo no specificati, nonché per gli adempimenti
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verifican nella presente dichiarazione.	re la veridicità delle informazioni contenute
Si allega copia di un documento di riconoscimento in	corso di validità del sottoscrittore.
Luogo e data <b>CAGLIARI 31/07/2023</b>	Il/La Dichiarante Giorgio Tuveri
Osservazioni e/o rilievi dell'org	gano conferente l'incarico
Data,	Firma

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

11/La souoschuo/a 10 VERI GIORGIO	
nato a XXXXX	. il XXXXX
C.F. XXXXX	

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

- di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data CAGLIARI 31/07/2023

Il/La Dichiarante Giorgio Tuveri

Il/La sottoscritto/a
RENATO SALVATORE ARBA
nato aXXXXXilXXXXX
C.FXXXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità
DICHIARA
che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.
Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.
Luogo e data CAGLIARI 10.10.2023  Il/La Dichiarante F.to Renato Salvatore Arba

II/La sottoscritto/aRENATO SALVATORE ARBA
nato a XXXXXilXXXXX
C.F. XXXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità
DICHIARA
che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.
Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.
Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.
Luogo e data 10/10/2023 Il/La Dichiarante F.to Renato Salvatore Arba

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai	fini	dell'istruttoria	sottesa	alla	verifica	della	sussistenza	di	situazioni	di
inco	nferibil	ità/incompatibilit	à ai sensi	e agli	effetti del	decreto	legislativo 8	aprile	2013 n. 39,	il/la
sotto	scritto	RENATO SALV	ATORE	ARBA					•••••	
rela	tivame	nte al conferimer	nto dell'in	carico	di compo	nente de	el Comitato	region	ale INPS pe	er la
SAR	DEGN	A, consapevole d	lelle sanzi	oni pr	eviste dall'	art. 76 d	lel Testo Uni	co, D.	P.R. 28/12/2	2000
n. 44	15, e d	ella decadenza de	ei benefic	i previ	sta dall'ar	t. 75 del	l medesimo	Γesto ι	unico in cas	o di
dich	iarazio	ni false o mendaci	i, sotto la	propria	a personale	respons	abilità			

## **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
U.R.UIL	Pres.CdA CAF	20/01/2001	30/04/2024
INPS	Pres. Com.Prov.le CAGLIARI	15/04/2020	31/03/2023

#### In alternativa

➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

In alternativa	
> di NON aver riportato condanne per uno	o dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
II del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 10 dati conferiti con la presente dichiarazione sost del procedimento amministrativo per cui ess	mento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di OI, relativi alla protezione dei dati personali, che i titutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo si sono specificati, nonché per gli adempimenti la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
L'Amministrazione si riserva la facoltà di ver nella presente dichiarazione.	rificare la veridicità delle informazioni contenute
Si allega copia di un documento di riconoscimen	nto in corso di validità del sottoscrittore.
Data, 10/10/2023	Firma del dichiarante
	F.to Renato Salvatore Arba
Osservazioni e/o rilievi dell	'organo conferente l'incarico
Data	Einne
Data,	Firma

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

II/La sottoscritto RENATO SALVATORE ARBA	
nato a XXXXXilXXXXX	
C.F. XXXXX	

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

- di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data CAGLIARI 10/10/2023

Il/La sottoscritto/a TOCCO AUGUSTO

nato a XXXXXXX il XXXXXXXX C.F. XXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data CAGLIARI 07.07.2023 II/La Dichiarante

F.to AUGUSTO TOCCO

Il/La sottoscritto/a TOCCO AUGUSTO

nato a XXXXXXXX il XXXXXXXXX C.F. XXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data CAGLIARI 7.07.2023 II/La Dichiarante

F.to AUGUSTO TOCCO

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a TOCCO AUGUSTO

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

## **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE

## In alternativa

➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

>		condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno
	dei reati previsti dal Capo I	del Titolo II del Libro II del Codice Penale <sup>1</sup> :
-		
-	•••••	
-		
In alte	ernativa	
>	di NON aver riportato conde	anne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
	II del Codice Penale.	
cui al dati co del pr ammin	decreto legislativo 10 agosto onferiti con la presente dichia rocedimento amministrativo	ti del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i arazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del che Sociali.
	ministrazione si riserva la facc nte dichiarazione.	oltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si alle	ega copia di un documento di n	riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.
Data,	7/07/2023	Firma del dichiarante
		F.to AUGUSTO TOCCO
	Osservazioni e/o ri	ilievi dell'organo conferente l'incarico
Data,		Firma

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE
POTENZIALI DI CONFILITTO DI INTERESSE

POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a TOCCO AUGUSTO

nato a XXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della

decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false

o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice"

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE)

2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla

protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con

strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa

e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro

e delle Politiche Sociali.

Luogo e data CAGLIARI 07.07.2023 Il/La Dichiarante

F.to AUGUSTO TOCCO

Il sottoscritto VITO MELONI nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Cagliari, 11 luglio 2023

Il Dichiarante

Vito Meloni

Il sottoscritto VITO MELONI

nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Cagliari, 11 luglio 2023

Il Dichiarante

F.to Vito Meloni

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto VITO MELONI,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

## **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
Ordine dei Dottori Commercialisti di Cagliari	Consigliere	07/03/2022	06/03/2026
E.M.D. CARNI S.R.L.	Revisore legale	16/12/2019	09/05/2022
Cooperativa Residenza Ciquattro scarl	Commissario Liquidatorte	07/03/2007	Fino a cancellazione cooperativa
Viemme Consulting SrlStp	Amministratore e rappresentante legale	01/12/2007	Fino a revoca

L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UI cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva sar del procedimento amministrativo per cui essi sono spamministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblic Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	alla protezione dei dati personali, che i canno utilizzati in relazione allo sviluppo pecificati, nonché per gli adempimenti
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la ver presente dichiarazione.	idicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimento in cors	o di validità del sottoscrittore.
Cagliari, 11 luglio 2023	Firma del dichiarante
	Vito Meloni
Osservazioni e/o rilievi dell'organo	o conferente l'incarico
Data,	Firma

> di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro

II del Codice Penale.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto VITO MELONI

nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

- di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e *ss.mm.ii*.
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

	Vito Meloni	
Cagliari, 11/07/2023	Il Dichiarante	

Il sottoscritto MARCO SANTORU

nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Cagliari, 5 luglio 2023

Il Dichiarante

F.to Marco Santoru

Il sottoscritto MARCO SANTORU

nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Cagliari, 5 luglio 2023

Il Dichiarante

F.to Marco Santoru

### MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

verifica Αi fini dell'istruttoria alla della sussistenza di situazioni di sottesa inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto MARCO SANTORU, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
AGENZIA COESIONE TERRITORIO	Comitato Sorveglianza del Programma Nazionale JTF 2021-2027	Marzo 2023	2027
INPS	Comit. Regionale	Gennaio 2019	2023
INPS	Comit. Provinciale	Maggio 2023	2027
R.A.S.	Comitato sorveglianza PSC (Piano Sviluppo e Coesione)	Dicembre 2021	indeterminata

#### In alternativa

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

>	> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno		
dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale <sup>1</sup> :			
-			
-	·		
-	·		
In alte	lternativa		
>	di NON aver riportato condanne per uno dei reati previs	sti dal Capo I del Titolo II del Libro	
	II del Codice Penale.		
cui al dati co del pr ammin	mministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 20 del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno procedimento amministrativo per cui essi sono specificationistrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazion istero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	protezione dei dati personali, che i utilizzati in relazione allo sviluppo cati, nonché per gli adempimenti	
	nministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicit ente dichiarazione.	à delle informazioni contenute nella	
Si alle	llega copia di un documento di riconoscimento in corso di v	alidità del sottoscrittore.	
Data (	a Cagliari, 5 luglio 2023 Fire	na del dichiarante	
	F.	to Marco Santoru	
	•••	••••••	
		7	
	Osservazioni e/o rilievi dell'organo con	nferente l'incarico	
Data,	ı, Firm	ıa	

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto MARCO SANTORU

nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

- di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data Cagliari, 5 luglio 2023

Il sottoscritto **Giuseppe Scura**, nato a XXXXX il XXXXX, C.F. XXXXX, in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Cagliari, 10/7/2023	Il Dichiarante
	F.to Giuseppe Scura

Il sottoscritto **Giuseppe Scura**, nato a XXXXX il XXXXX, C.F. XXXXX, in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Cagliari, 10/7/2023 _	Il Dichiarante
	F.to Giuseppe Scura

### MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Αi fini dell'istruttoria alla verifica della sussistenza sottesa di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto Giuseppe Scura, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
INPS	Vicepresidente Comitato	4 marzo 2019	13 aprile 2023
	regionale INPS		

di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che 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, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

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

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

Data,	10/7/2023	Firma del dichiarante

F.to Giuseppe Scura

Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico		
Data,	Firma	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto Giuseppe Scura, nato XXXXX il XXXXX, C.F. XXXXX, in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Cagliari, 10 luglio 2023

Il Dichiarante

F.to Giuseppe Scura

Il/La sottoscritto/a LAI SERGIO

nato a XXXXX il XXXXX C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data cagliari 04.07.2023	II/La Dichiarante
	F.to Lai Sergio

Il/La sottoscritto/a LAI SERGIO nato a XXXXX il XXXXX C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data CAGLIARI 04.07.2023

Il/La Dichiarante

F.to Lai Sergio

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a LAI SERGIO

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
C.B.S.M.	Amministratore	19/02/2019	08/10/2023
Commissione prov. Inps	Commissario	01/06/2023	31/12/2027
Gal- Sulcis	Amministratore	01/01/2022	31/12/2027

#### In alternativa

di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale <sup>1</sup> :		
In alternativa		
di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro		
II del Codice Penale.		
L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che 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, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.		
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la presente dichiarazione.	n veridicità delle informazioni contenute nella	
Si allega copia di un documento di riconoscimento in	corso di validità del sottoscrittore.	
Data, Cagliari 04/07/2023	Firma del dichiarante	
	F.to Lai Sergio	
Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico		

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Data,	Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a Lai Sergio

nato a XXXXX il XXXXX C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice"

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE)

2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla

protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con

strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa

e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro

e delle Politiche Sociali.

Luogo e da	ata
CAGLIARI	04.07.2023

Il/La Dichiarante

F.to Lai Sergio

Il sottoscritto IGNAZIO ASUNIS nato a XXXXX il XXXXX C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

CAGLIARI, 06/07/2023

Il Dichiarante

Il sottoscritto IGNAZIO ASUNIS nato a XXXXX il XXXXX C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

CAGLIARI, 06/07/2023

Il Dichiarante

MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di

inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il

sottoscritto IGNAZIO ASUNIS relativamente al conferimento dell'incarico di componente del

Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del

Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del

medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale

responsabilità

**DICHIARA** 

> di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici

o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri

a carico della finanza pubblica

> di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro

II del Codice Penale.

L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che 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, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

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

presente dichiarazione.

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

Data, 06/07/2023

Firma del dichiarante

Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico		
Data,	Firma	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto IGNAZIO ASUNIS nato a XXXXX il XXXXX C.F. XXXXX in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice"

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e

delle Politiche Sociali.

CAGLIARI, 06/07/2023

Il Dichiarante

La sottoscritta NATALIA MANCA

nata a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Cagliari, 23/5/2023

La Dichiarante

NATALIA MANCA

La sottoscritta NATALIA MANCA

nata a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Cagliari, 23/5/2023

La Dichiarante
NATALIA MANCA

### MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta NATALIA MANCA,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### **DICHIARA**

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
ASL	Presidente	13/10/2022	9/10/2025
CCIIA	Presidente	23/3/2021	22/3/2025
Ente lirico	Componente	10/1/2020	27/2/2025
Comitato Tecnico Amm.vo presso Provv.Interr.OO.PP. Lazio Abruzzo Sardegna	Componente		29/12/2024
COMIPA	Componente		Indeterm.

#### In alternativa

➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del	del Libro II del Codice Penale <sup>1</sup> :
In alternativa	
X di NON aver riportato condanne per uno	dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
II del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 10 dati conferiti con la presente dichiarazione sosti del procedimento amministrativo per cui ess.	mento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di l, relativi alla protezione dei dati personali, che i itutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo i sono specificati, nonché per gli adempimenti la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
L'Amministrazione si riserva la facoltà di vernella presente dichiarazione.	ificare la veridicità delle informazioni contenute
Si allega copia di un documento di riconoscimen	to in corso di validità del sottoscrittore.
Data, 23/5/2023	Firma del dichiarante
	Natalia Manca
Ossarvazioni a/a riliavi dall'	organo conferente l'incarico
Ossei vazioni e/o rinevi den	organo conference i incarico
Data,	Firma

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

La sottoscritta NATALIA MANCA

nata a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

 di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Cagliari, 23/5/2023

La Dichiarante

Natalia Manca

Il sottoscritto Sedda Paolo nato a XXXXX il XXXXX C.F. XXXXX in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Il Dichiarante
F.to Sedda Paolo

Cagliari

Il sottoscritto Sedda Paolo nato a XXXXX il XXXXX C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Il Dichiarante

F.to Sedda Paolo

Cagliari

MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di

inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il

sottoscritto Sedda Paolo, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato

regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico,

D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo

unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA** 

> di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici

o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri

a carico della finanza pubblica

> di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro

II del Codice Penale.

L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che 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, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

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

presente dichiarazione.

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

Data, Cagliari

Firma del dichiarante

F.to Sedda Paolo

Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico		
Data,	Firma	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE
POTENZIALI DI CONFLITTO DI INTERESSE

POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto Sedda Paolo nato a XXXXX il XXXXX C.F. XXXXX in relazione all'incarico di

componente del Comitato regionale INPS per la SARDEGNA, consapevole delle sanzioni previste

dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista

dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria

personale responsabilità

**DICHIARA** 

• di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679,

nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione

dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti

informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si

dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e

delle Politiche Sociali.

Luogo e data

Il Dichiarante

Cagliari

F.to Sedda Paolo