

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto DI PALMA PASQUALE ANTONIO

nato a xxx il xx/xx/xxxx

C.F.: xxx

in relazione all'incarico di componente della *Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco e delle tabelle delle malattie professionali di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n.38*, presso l'INAIL,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 dell'art. 20 del succitato decreto legislativo, 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 Roma 12 gennaio 2023

Il Dichiarante

_____firmato_____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto DI PALMA PASQUALE ANTONIO

nato a xxx il xx/xx/xxxx

C.F.: xxx

in relazione all'incarico di componente del *Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco e delle tabelle delle malattie professionali di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n.38*, presso l'INAIL,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 dell'art. 20 del succitato decreto legislativo, 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 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: Roma 12 gennaio 2023

Il Dichiarante

_____ firmato _____

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 DI PALMA PASQUALE ANTONIO,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco e delle tabelle delle malattie professionali di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n.38*, presso l'INAIL, 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 delle Infrastrutture e trasporti	Componente della Commissione medica centrale di II grado per idoneità dei marittimi (art. 5 R.D.L. n. 1773/33)	15/03/2021	//

- 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, 12 gennaio 2023.

Firma del dichiarante

.....firmato.....

Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico

Data,

Firma.....

Allegato 4)

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

Il sottoscritto DI PALMA PASQUALE ANTONIO

nato a xxx il xx/xx/xxxx

C.F.: xxx

in relazione all'incarico di componente del *Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco e delle tabelle delle malattie professionali di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n.38*, presso l'INAIL, 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. n. 105 del 1°giugno 2022 "*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 che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data: Roma 12 gennaio 2023

Il Dichiarante

_____firmato_____