

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ
ai sensi del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39**

Il sottoscritto ROSSI PASQUALINO

nato/a in XXX il XXX

C.F. XXX

in relazione all'incarico di componente, ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, della Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco e delle tabelle delle malattie professionali di cui all'articolo 139 e delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, presso l'INAIL, presa visione della normativa introdotta dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 20, comma 5 del citato decreto legislativo, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (articoli 75 e 76, decreto Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere 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 informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 circa il trattamento 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 dichiara di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali ai sensi dell'articolo 20, comma 3, decreto legislativo n. 39 del 2023.

Roma, lì 05/03/2025

Il/La dichiarante

Dott. Pasqualino Rossi

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 per gli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, il/la sottoscritto/a ROSSI PASQUALINO relativamente al conferimento dell'incarico di componente, ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, della Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco e delle tabelle delle malattie professionali di cui all'articolo 139 e delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, presso l'INAIL, consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76, decreto Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e della decadenza dei benefici prevista dall'articolo 75 del medesimo d.P.R. n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria 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, 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.

Firma del dichiarante

Dott. Pasqualino Rossi

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

Data.....

Firma