Il sottoscritto **dott. Pasquale Chiarelli**, nato a _____ il _____, in
adempimento a quanto previsto dalla d.g.r. n. 519 del 29 giugno 2020

DICHIARA

- ✓ di accettare l'incarico di Commissario straordinario dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, attribuitogli con d.g.r. n. 519 del 29 giugno 2020, a decorrere dal **1 luglio 2020 fino al 31 dicembre 2020**;
 - ✓ di accettare, altresì, per la durata dell'incarico di svolgere funzioni di supporto al Servizio sanitario regionale ed alla Direzione regionale Salute e Welfare nelle attività di *programmazione e pianificazione finalizzata alla predisposizione del Piano Sanitario regionale*, assegnategli con la d.g.r. n. 519 del 29 giugno 2020;
- e a tal fine,

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di condizioni di inconferibilità ed incompatibilità cui al d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012*);
- di non essere in stato di quiescenza.

Firma

dott. Pasquale Chiarelli

30/06/2020