**Mod. B**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà relativa all’assenza di incompatibilità**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………… nato/a a …………………………………………… , il …………………., C.F. …………………………….. in qualità di ……………………………………… (titolare / legale rappresentante) della ……………………………………………………………..con sede legale in …………………. (PV)…… Via ……………………………………… n. …………, telefono……………………… e-mail (se presente indicare pec)……………………………………………………

**Consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità**

DICHIARA

di garantire l’erogazione delle prestazioni sanitarie/socio-sanitarie nel rispetto della disciplina sulle incompatibilità previste dalla vigente normativa in materia di lavoro del personale del Servizio Sanitario, ai sensi di quanto disposto dall’art. 4, comma 7, della Legge n. 412/1991 e dell’art. 1, commi 5 e 19 della L. 662/1996.

DICHIARA INOLTRE CHE

1. i soci (perone fisiche, persone giuridiche\*) che compongono la società sono:

1 nato a il residente a

2 nato a il residente a

3………………….ecc.

\*Specificare anche la denominazione delle persone giuridiche socie.

B) gli amministratori della società sono:

1 nato a il residente a

2 nato a il residente a

3……………

C) il sottoscritto, gli amministratori, i soci e i loro parenti e affini

□ ricadono  
□ non ricadono

in una delle ipotesi di incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013, artt. 9 e 10 o in situazioni di conflitto di interesse con il SSN.

(luogo, data)

Il legale rappresentante

Data ………………………..