

**DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. 8 APRILE 2013, n. 39 E S.M.I.**

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a ING. ANTONIO BONCOMPAGNI  
nato/a a AREZZO (AR), il 14/10/1956,  
residente AREZZO, in Via/Piazza PESCIANI 24,  
consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 75 D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

- che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (artt. da 3 ad 8 del citato D. Lgs.) nè incompatibilità (artt. da 9 a 14 del citato D. Lgs.) ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. per il conferimento dell'incarico presso la \_\_\_\_\_
- che nei propri confronti sussistono la/le seguente/i cause di inconferibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013 (artt. da 3 ad 8) e s.m.i. per il conferimento dell'incarico presso la \_\_\_\_\_
- essere stato condannato per uno dei reati di cui all'art. 3, comma 1, della L. n. 97/2001 e s.m.i. ovvero per altri reati previsti dal capo I, del Titolo II del libro II del Codice Penale con l'applicazione della pena accessoria dell'interdizione perpetua/temporanea per anni \_\_\_\_\_ o con la cessazione del rapporto di lavoro a seguito di procedimento disciplinare/ del rapporto

di lavoro autonomo (barrare la tipologia di pena accessoria applicata o la tipologia di cessazione del rapporto di lavoro corrispondente)

○

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D. LGS. N. 39/2013 E S.M.I.

- che nei propri confronti sussistono la/le seguente/i cause di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. (artt. da 9 a 14) per il conferimento dell'incarico presso la

CARICA/INCARICO RICOPERTO	NORMA DI RIFERIMENTO DEL D. LGS. N. 39/2013 E S.M.I.

e di impegnarsi a rimuoverla/e ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 19 del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i.;

di non incorrere nei divieti di cui al combinato disposto dagli artt. 21 del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. e 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;

di essere informato/a che, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i. la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito aziendale della *CLINICA DI RIABILITAZIONE TOSCANA SPA*

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il sottoscritto/a autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i..

*01/10/2024*

Il dichiarante



N.B.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente *PSOWCE* addetto alla sua ricezione ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Io sottoscritto ING. ANTONIO BONCOMPAGNI  
Cognome Nome

nato a AREZZO il 14/10/1956

residente a AREZZO in Via PESCIONI 24

in qualità di ~~Presidente / Consigliere di amministrazione~~ / Direttore Generale di Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.a.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**dichiaro**

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 14 del D.Lgs. 33/2013

di NON ricoprire altre cariche, presso enti pubblici o privati<sup>1</sup>;

ovvero

di ricoprire le seguenti altre cariche, presso altri enti pubblici o privati, e di percepire i seguenti compensi a qualsiasi titolo corrisposti:  
*(Indicare la carica ricoperta, l'ente pubblico o privato di appartenenza, il compenso annuo percepito)*

;

di NON ricoprire altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica<sup>2</sup>;

ovvero

di ricoprire i seguenti incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e di percepire i seguenti compensi spettanti:  
*(Indicare l'incarico rivestito e il compenso annuo percepito)*

01/10/2024



;

1 Riferimento di legge art. 14 comma 1, lett. d)  
2 Riferimento di legge art. 14 comma 1, lett. e)

Luogo \_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE  
Ex Dlgs. n. 231/01

**All'Organismo di Vigilanza  
Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.a.**

*Premesso che:*

-Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.a. ha adottato il proprio modello organizzativo ai sensi del Dlgs. n. 231/01, contenente Codice Etico comportamentale;

Il sottoscritto si impegna a:

*ING. ANTONIO BONCOMPAGNI*

- non porre in essere azioni in contrasto con il Codice Etico;
- evitare situazioni tali da configurare un conflitto di interessi nell'ambito dei rapporti intrattenuti con rappresentanti delle Pubbliche Amministrazioni, italiane o estere, e nel caso in cui questo avvenga, informare tempestivamente l'Organismo di Vigilanza;
- rispettare i poteri di delega ed i limiti di firma stabiliti dalle procedure aziendali;
- rispettare gli obblighi di informativa all'Organismo di Vigilanza;
- rispettare le procedure e i protocolli adottati dalla Società;

*01/10/2024*  
\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)