



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445  
(Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Il/la sottoscritto/a **BUBBI RAOUL**  
(cognome) (nome)

titolare dell'incarico di  
**DIRETTORE DI SERVIZIO**  
(tipo di incarico)

presso **DC SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITA'**  
(denominazione dell'ente)

conferito con **DGR 283/2022**  
(estremi dell'atto di conferimento/designazione)

con effetto a decorrere dal **9.3.2022**  
(data di immissione nell'incarico)

**consapevole**

- delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, nonché delle ulteriori conseguenze previste dall'art. 75, comma 1, del medesimo DPR;
- che, ai sensi dell'art. 20, comma 5 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, ogni dichiarazione mendace accertata dall'Amministrazione comporta l'inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al medesimo decreto legislativo per un periodo di cinque anni;
- che, ai sensi dell'art. 19 del d.lgs. 39/2013, lo svolgimento dell'incarico in situazione di incompatibilità comporta la decadenza dall'incarico stesso e la risoluzione del relativo contratto di lavoro, qualora, decorso il termine di quindici giorni dalla contestazione da parte del Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione della causa di incompatibilità, non abbia rinunciato all'incarico incompatibile;

- che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione Amministrazione trasparente del sito web istituzionale dell'Amministrazione regionale del Friuli Venezia Giulia;

#### DICHIARA

che, rispetto a quanto precedentemente dichiarato in merito all'insussistenza delle cause di incompatibilità previste dal Capo V e VI del d.lgs. 39/2013:

- non sono intervenute variazioni;

ovvero

- X sono intervenute le seguenti variazioni:  
componente comitato indirizzo salute INSIEL

---

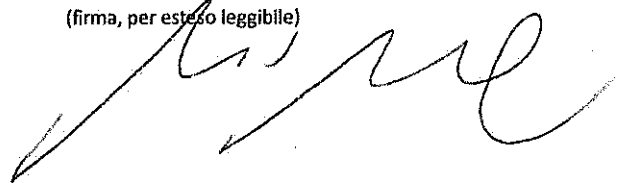
Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione regionale eventuali modifiche al contenuto della presente dichiarazione ed a trasmettere annualmente l'attestazione sull'insussistenza di condizioni di incompatibilità per l'esercizio dell'incarico di cui è titolare.

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso visione dell'allegata informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati).

Data 18/12/2023

Il dichiarante

(firma, per esteso leggibile)



Alla dichiarazione viene allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

