

Al Direttore
Al Direttore della U.O.C./P.O./Distretto Sanitario
/Dipartimento

E,p.c al Resp.le Az.le Anticorruzione

Oggetto: Richiesta astensione.

Il / la sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ in via _____
in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di
..... U.O.C., U.O.S. con la posizione
funzionale di _____, in ordine all'espletamento delle proprie attività
istituzionali relativamente a (1).....

.....
comunica che nello svolgimento della predetta attività lavorativa sussiste l'obbligo di
astensione di cui:

al comma 2 all'art.6 del D.P.R. 16.04.2013 n.62

all'art.7 del D.P.R. 16.04.2013 n.62

all'art.14 del D.P.R. 16.04.2013 n.62,

in quanto (2).....

.....
e pertanto chiede di astenersi.

Data, _____

(firma del dichiarante)

Note per la compilazione:

La dichiarazione deve essere resa - con l'apposizione di una "X" per la fattispecie che ricorre.

(1) Specificare l'attività da svolgere e la tipologia di procedimento.

(2) Specificare la situazione di incompatibilità.