

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
( art 47 D.P.R. 445/2000)

**OGGETTO : INSUSSISTENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITA'- (ART 20 d.Lgs n. 39/2013)**

Il Sottoscritto DR. DONATO TACCONELLA  
nato a AVEZZANO (Provincia AQ)  
il 31/05/1957 Residente a SCURCOLA MARSICANA (Prov. AQ),

con incarico presso la ASL Avezzano – Sulmona – L'Aquila di :

RESPONSABILE U.O.S.D. CURE INTERMEDIE AREA MARSICA

Consapevole delle sanzioni penali , nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445

**DICHIARA**

Di non versare in nessuna delle situazioni di incompatibilità previste dal Decreto Legislativo n. 39/2013, di cui si è presa visione .

Di essere a conoscenza che, fermo restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dalla Amministrazione ASL, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs 39/2013 per un periodo di 5 anni ( Art 20 D.Lgs cit.) .

Alla presente si allega copia fotostatica del Documento di Identità in corso di validità

IL DICHIARANTE

  
\_\_\_\_\_

Luogo e data Avezzano, 05/03/2014