

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 SCONCI VITTORIO
nato a L'AQUILA
il 05-02-1951 Residente a L'AQUILA (Provincia AQ)
(Prov. AQ).

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

DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

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 L'AQUILA, LI 20-04-2015