

**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 Bernardi Simone  
nato a L'Aquila (Provincia AQ)  
il 25/05/57 Residente a L'Aquila (Prov. AQ),

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

dirigente responsabile VOSO nel C. Virologico Sanit.

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 2/10/15