

Prof. Gen. 45M2
29/04/15

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 DI FABIO SANDRA
nato a SCAFA (Provincia PE)
il 20-1-57 Residente a _____ (Prov. _____).

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

EF. DIRETTORE DMI

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
ASL 1 - AVEZZANO SULMONA L'AQUILA
U.O.C. DIREZIONE ASL E T.I.N.
Direttore: Dott.ssa [firma]

Luogo e data 29/04/2015