

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 FAMULARI ANTONIO
nato a SANTA TERESA DI RIVA (Provincia ME)
il 2-05-1945 Residente a ROMA VIA G. MONTANELLI N. 4 (Prov. RM).

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

DIRETTORE U.O.C TRAPIANTI D'ORGANO
OSPEDALE C. S. SALVATORE

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

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.) .

Eventuali altri incarichi politici ricoperti e cariche in società , istituzioni , aziende ecc.

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~

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

IL DICHIARANTE
Antonio Famulari

Luogo e data 30-09-2014