

Prof. Gen. 43956
27/04/15

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 CAPANNA ANTONIO
nato a L'AQUILA
il 26/08/58 Residente a SULMONA (Provincia AQ)
(Prov. AQ).

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

DIREZIONE MEDICA RESPONSABILE USO ENDOSCOPIA

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

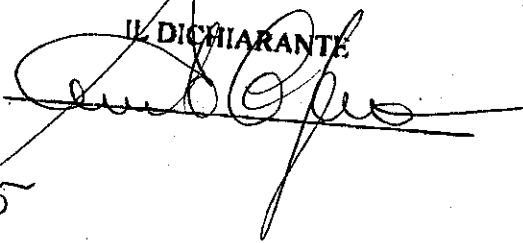
DICHIARA

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 Sulmona 21/04/15