

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'**  
(Art. 20 d.lgs. 39/2013)

Il/la sottoscritto/a ANIBALDI PAOLO  
(cognome) (nome)  
nato/a a RIETI RI il 27/04/66  
(luogo) (prov.)

dipendente dell'Azienda Usi di Rieti con qualifica di DIRIGENTE MEDICO e titolare  
dell'incarico di RESP DAY SURGERY  
conferitogli con deliberazione del 21/11/2012 n. 1138/D6 del 21/11/2012

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

Che in relazione all'incarico che gli è stato conferito non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

RIETI  
(luogo, data)

Il Dichiarante  
**AZIENDA USL RIETI**  
**U.O.S.P. Day Surgery**  
Dr. Paolo ANIBALDI