

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

Il/la sottoscritto/a DE ROSSI PAOLO
(cognome) (nome)
nato/a a RIETI (luogo) (RI) il 23-04-1951
(prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di DIRIGENTE MEDICO e titolare
dell'incarico di RESPONSABILE VOS ORGANIZZAZIONE ANESTESIOLOGICA
DEL BLOCCO OPERATORIO
conferitogli con deliberazione del DIRETTORE GENERALE 637 del 30-4-2009

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.

(luogo, data)

Il Dichiarante

