

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

Il/la sottoscritto/a FICORILLI QUIRINO
(cognome) (nome)
nato/a a RIETI () il 26.12.1948
(luogo) (prov.)
dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di MEDICO II Livello e titolare
dell'incarico di direttore dipartimento
conferitogli con deliberazione del _____ n. _____ del _____

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

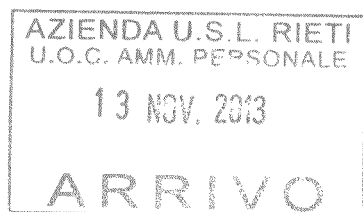
Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lsg. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

12.11.13

(luogo, data)

Il Dichiarante

[Signature]



fe