

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

Il/la sottoscritto/a MANCINI FLAVIO
(cognome) (nome)

nato/a ROMA (RM) il 11.01.1962
(luogo) (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di DIRIGENTE MEDICO e titolare
dell'incarico di RESPONSABILE TEMPORANEO VOC. MEDICINA e CHIRURG. ACC. ed URGENZA
conferitogli con deliberazione del 1117/D.G. del 24.10.2013

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

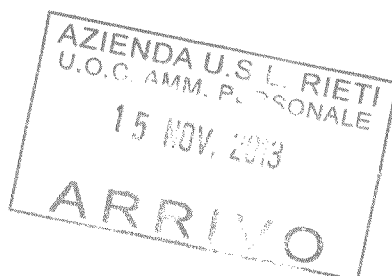
Che in relazione all'incarico che gli è stato conferito non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità di
cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39

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 13.11.13
.....
(luogo, data)

Il Dichiarante

Flavio Mancini
.....



Je