

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

Il/la sottoscritto/a PULCINI MARCO
(cognome) (nome)
nato/a a ROMA (luogo) il 26/3/1961 (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di MED. MEDICO titolare
dell'incarico di MED. UOC MED. FINCA E REABILITATIVA
conferitogli con deliberazione del 17/10/13 n. 1091 del D.G.

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. 196/2013, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

30/11/13 METI
.....
(luogo, data)

(Handwritten signature)
A.S.L. RIETI
Dott. Marco Pulcini
1101019015600180
.....

AZIENDA U.S.L. RIETI
U.O.C. AMM. PERSONALE
-5 DIC. 2013
ARRIVO

de