

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

Il/la sottoscritto/a Scopigni Massimo Adonis
(cognome) (nome)

nato/a a Rieti (luogo) (Ri.) il 15.07.1950 (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di responsabile medico ^{II livello} e titolare
dell'incarico di Responsabile UOS Ambulatorio cardiologia
conferitogli con deliberazione del 30.6.2009 n. 434 del DG 30.6.2009

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.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.

2501 XIV
(luogo, data)

AZIENDA U.S.L. RIETI
UOS SERVIZIO CARDIOLOGIA
Il Responsabile
Dr. Massimo SCOPIGNI
Il Dichiarante

[Firma]

