

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

Il/la sottoscrittore/a SIENA GIOVANNI
(cognome) (nome)

nato/a a SORIANO NEL CIMINO (VT) il 21. IX. 1958
(luogo) (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di Medico ANESTESISTA-RIANIM. e titolare
dell'incarico di Responsabile U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA E HOSPICE*

conferitogli con deliberazione del 30.04.2009 n. 436/DG del
* " " lettera prot. 17891 del 07.02.2011 del Direttore Sanitario Aziendale

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

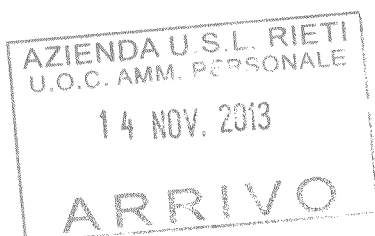
Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i
dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Rieti 12. XI. 2013
(luogo, data)

Il Dichiarante

[Firma]

AZIENDA U.S.L. RIETI
U.O.S.D. TERAPIA ANTALGICA
CURE PALLIATIVE - HOSPICE
RESP. Dr. Giovanni SIENA
Tel. 0746.278089 / 278782



fe