

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

Il/la sottoscritto/a STEFANINI ALESSANDRO  
(cognome) (nome)

nato/a a PERUGIA (luogo) (PG) il 08.07.1941 (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di DIR. MEDICO e titolare

dell'incarico di DIRETTORE UOC NEUROLOGIA

conferitogli con deliberazione del \_\_\_\_\_ n. 495 del 16/4/1999

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**

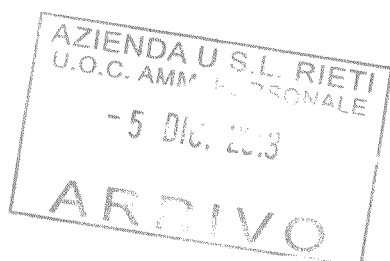
Che in relazione all'incarico che gli è stato conferito non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39

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.

2/12/13  
.....  
(luogo, data)

Il Dichiarante

Alessandro Stefanini



fe