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

Il/la sottoscritto/a CAROCCI (cognome) GIULIA (nome)

nato/a a RIETI (luogo) (RI) (prov.) il 13.05.1960

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di DIRIGENTE MEDICO I LIV. e titolare

dell'incarico di RESPONSABILE UOC DISTRETTO 4

conferitogli con deliberazione del D.G. n. 833 del 31/07/2013

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.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.

S. Elpidio 21/01/2014
(luogo, data)

Il Dichiarante

.....

AZIENDA U.S.L. RIETI
U.O.C. AMM. PERSONALE
31 GEN. 2014
ARRIVO