

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

Il/la sottoscritto/a CIFERRI ALBERTINA
(cognome) (nome)

nato/a a RIETI (luogo) (RI) il 06-06-55
(prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di Dipendente Medico e titolare
dell'incarico di Responsabile delle U.O.S. Medichine ^{certificative e} Terapia
conferitogli con deliberazione del 30-04-2003 n. 437/DC

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

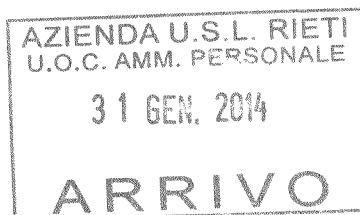
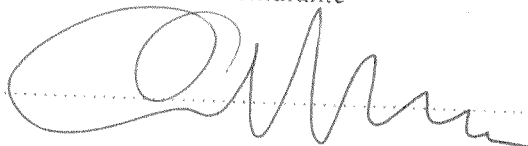
DICHIARA

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.

Rieti 22-01-14
(luogo, data)

Il Dichiarante



Handwritten mark