

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

Il/la sottoscritto/a LE BONNE RITA
(cognome) (nome)

nato/a a RIETI (RI) il 30/8/54
(luogo) (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di DIRIGENTE MEDICO e titolare
dell'incarico di DIRETTORE
conferitogli con deliberazione del DG n. 559 del 7/6/06

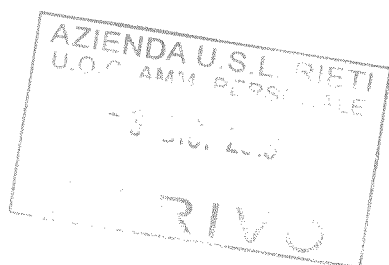
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

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, 26/11/13
(luogo, data)



Il Dichiarante

[Signature]
[Stamp]

fe