

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

Il/la sottoscritto/a MORGANTE A. STEFANIA  
(cognome) (nome)

nato/a a AVEZZANO (L'AQ) (luogo) (L'AQ il 18/9/61 (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di DIRENTE MEDICO e titolare  
dell'incarico di RESP. S.S. "AREA MED. LEGALE OSPEDALIERA"  
conferitogli con deliberazione del DG AUSL RI n. 437 del 30/4/2009

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

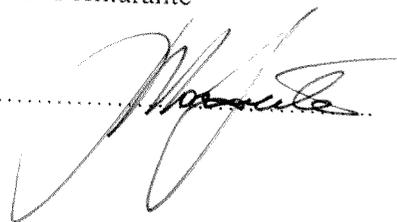
**DICHIARA**

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, 15/11/13  
(luogo, data)

Il Dichiarante





Je