

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

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
PALLA (cognome) MARI MA (nome)  
nata a \_\_\_\_\_ (luogo) (RI) il 02-05-1954 (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di DIRIGENTE MEDICO e titolare  
dell'incarico di DIRETTORE UOC PSAL  
conferitogli con deliberazione del D.G. n. 522 del 22-04-2010  
(RINNOVO CONTRATTO)

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

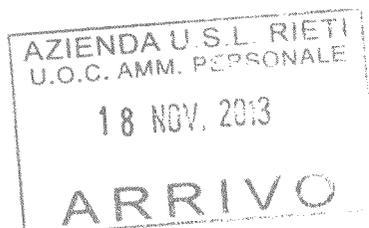
Che in relazione all'incarico che gli è stato conferito non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità di  
cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39

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.

M-M 2013  
(luogo, data)

Il Dichiarante

Mariella Pella



Handwritten mark or signature at the bottom right corner.