

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

Il/la sottoscritto/a SAMPERNA SIMONETTA  
(cognome) (nome)

nato/a a RIETI (RI) il 08-03-1953  
(luogo) (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di FARMACISTA e titolare  
dell'incarico di STRUTTURA SEMPLICE "GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI"  
conferitogli con deliberazione del DIR. GEN. n. 438 del 30-04-2009

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  
.....  
(luogo, data)

Il Dichiarante

Simonetta Samperi  
.....



fe