

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

Il/la sottoscritto/a JANTICCI GIULIANA
(cognome) (nome)
nato/a a CASTEL S. ANGELO (RI) il 03-11-48
(luogo) (prov.)

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di MEDICO e titolare
dell'incarico di DIRETTORE F.F. DIVISIONE di OSTETRICIA E GINEC. V. O. C.
conferitogli con deliberazione del ATA/DG n. _____ del 24-1-2012

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 23-1-14
.....
(luogo, data)

Il Dichiarante

Giuseppe Santilli
.....