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

Il/la sottoscritto/a TOMMASI (cognome) ENRICA (nome)

nato/a a RIETI (luogo) (RI) (prov.) il 17/04/53

dipendente dell'Azienda Usl di Rieti con qualifica di DIRIGENTE MEDICO e titolare

dell'incarico di RESP U.O.S. VERIFICA SANITARIA ATTIVITA' RIABILITATIVE ACCREDITATE DISTRETTO N. 1

conferitogli con deliberazione del 30/04/2009 n. 437/D.G. del

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 13/11/13
(luogo, data)

Il Dichiarante

AZIENDA U.S.L. RIETI
U.O.C. AMM. PERSONALE
13 NOV. 2013
ARRIVO