

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, s.m.i.)

IRCCS  
Protocollo Generale  
N. 0007237 del 18/11/2016  
Class 01-02-02  
\* 0000237507 \*

Il/la sottoscritto/a **CHILLE**  
(cognome)  
nato a **MESSINA**  
(luogo di nascita)  
residente a **MESSINA**  
(luogo)  
**ENRICO**  
(nome)  
**ME** il **12/03/1972**  
(prov.) (data di nascita)  
**ME**  
(prov.)

in Via \_\_\_\_\_ n. **511C**  
(indirizzo)  
in servizio presso **IRCCS NEUROLESI BONIFICIOLIO** con la qualifica di **DIRIGENTE MEDICO**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, mendaci, false attestazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del Dpr 445 del 28/12/2000, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

- Di non versare in alcuna delle di "incompatibilità" di cui al Decreto Legislativo 8 Aprile 2013 n. 39.
- Di impegnarsi a prestare annualmente all'Azienda, nel corso del proprio incarico, dichiarazione sostitutiva attestante l'insussistenza di una delle di "incompatibilità" a norma del Decreto Legislativo 8 Aprile 2013, n. 39;
- Di impegnarsi a comunicare immediatamente all'Azienda eventuale cause di inconfiribilità e/o incompatibilità verificatesi successivamente all'assunzione dell'incarico svolto e di attivarsi tempestivamente nel rimuoverle, giusta previsioni statuite dal Decreto legislativo 8 Aprile 2013, n. 39

Dichiaro di essere informato, secondo quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

**MESSINA** **16/11/2016**  
(luogo, data)

Il Dichiarante  


Si allega alla presente dichiarazione sostitutiva copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

