

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

Il/la sottoscritto/a **AZZOLI**
(cognome)

ERMINIA
(nome)

nato a **PERFUGLIANO**
(luogo di nascita)

il giorno **15** del mese di **09** dell'anno **1968**
(prov.) (data di nascita)

residente a **PONTE DI RI BENEVENTO**
(luogo)

BN
(prov.)

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

in servizio presso **ASL di Benevento** con la qualifica di **PRINCIPALE BUCALIA**
ASL di Benevento

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 incompatibilità e di incompatibilità verificatesi successivamente all'assunzione dell'incarico svolto e di astenersi tempestivamente nel rimuoverle, giusta previsioni stabilite dal Decreto Legislativo 8 Aprile 2013, n. 39

Dichiaro di essere informato, secondo quanto previsto dal D. lgs. n. 39 del 2013 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

Monsieur **AS/Ad/2016**
(luogo data)

Il Dichiarante

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

IRLUS
Protocollo Generale
N. 0007163 del 16/11/2016
Class 01-02-02



