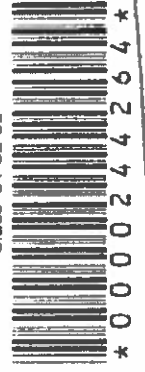


DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, s.m.i.)

IRCCS
Protocollo Generale
N. 0007813 del 05/12/2016
Class 01-02-02



Il/la sottoscritto/a WELLA AMALIA
(cognome) (nome)
nato a MESSINA (ME) il 01/04/1975
(luogo di nascita) (prov.) (data di nascita)
residente a MESSINA (ME)
(luogo) (prov.)
in Via _____ n. _____

in servizio presso AS - OSPEDALE RIUMONTE (indirizzo)
IRCCS - Ospedale Riunite con la qualifica di DIRIGENTE MEDICO
SPED. RIUMONTE

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 01/12/2016
(luogo, data)

Il Dichiarante

Wella Amalia

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

