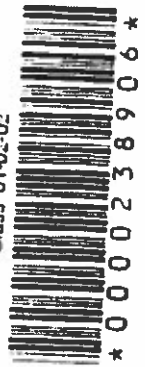


**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, s.m.i.)

IRCC  
Protocollo Generale  
N. 0007335 del 22/11/2016  
Class 01-02-02



Il/la sottoscritto/a **SINDONI** (cognome)  
nato a **REGGIO DI CALABRIA** (luogo di nascita)  
residente a **MESSINA** (luogo)  
in Via **LE** (indirizzo) n. \_\_\_\_\_

**DANIELE** (nome)  
in **RC** (prov.) il **07.06.1979** (data di nascita)  
in **ME** (prov.)

in servizio presso **U.O. FARMACIA** (indirizzo) con la qualifica di **DIRIGENTE FARMACIA**

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.

**ME 18.11.2016**  
(luogo, data)

Il Dichiarante  
**Daniele Sindoni**

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

