

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

Il sottoscritto a **VINCI**

(cognome)

ALBERTO

(nome)

nato a **LOCRI**

(luogo di nascita)

RE **10/06/1968**

(prov.)

(data di nascita)

residente a **MESSINA**

(città)

ME

(prov.)

in Via _____

(indirizzo)

in servizio presso **ORTOPEDIA**

con la qualifica di

DIRIGENTE MEDICO

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, mendaci, false attestazioni o uso di atti falsi, richiamae dall'art. 70 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'assistenza di una delle di "incompatibilità" a contrasto Decreto Legislativo 8 Aprile 2013, n. 39;
- Di impegnarsi a comunicare immediatamente all'Azienda eventuale cause di incompatibilità 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

23/11/2015

(luogo, data)

Il Dichiarante

Alberto Vinci

Si allega alla presente dichiarazione un foglio copia di un documento idoneo a comprovare l'esistenza della

IRCCS
Protocollo Generale
N. 0007618 del 29/11/2016
Class 01-02-02

