

Dichiarazione annuale di insussistenza cause di incompatibilità
resa ai sensi dell'art. 20 comma 2 del D. Lgs. n. 39/2013

Io sottoscritto _D'Eugenio Paola____, in qualità di Direttore/Dirigente della Unità Organizzativa Complessa/Servizio Direzione Amministrativa di Presidio__ dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013:

DICHIARO

di non trovarmi in alcune delle cause di incompatibilità previste dal richiamato Decreto Legislativo 8 aprile 2013, nr. 39 e ss.mm.ii.

impegnandomi

a comunicare tempestivamente eventuali situazioni di incompatibilità sopravvenuta.

Dichiaro, inoltre di essere informato, circa il trattamento dei dati raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

In fede

Pesaro, li _____

firma