

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a CEDRONE CLAUDIA

nato/a a \_\_\_\_\_

titolare dell'incarico di AS2 REFERENTE DIAGNOSTICA ECOGRAFICA

delibera n. 1217 del 20.07.2021\_6953

*consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D. Lgs. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci*

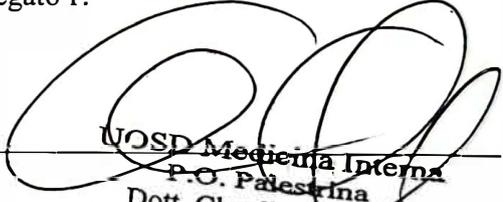
**DICHIARA**

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D. Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo n.679/2016, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di aver preso visione dell'informativa privacy di cui all'Allegato 1.

Tivoli, \_\_\_\_\_

*Paestina, 15/7/2025*

Firma \_\_\_\_\_

  
UOSD Medicina Interna  
P.O. Palestrina  
Dott. Claudia Cedrone  
20528010126 02659

-----  
*Ai sensi dell'art. 20 D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, si rende noto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda ASL Roma 5 - [www.aslroma5.it](http://www.aslroma5.it).*