

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto DEL MONACO MARCO

Nato/a a _____

Titolare dell'incarico di DIRETTORE MEDICO MEDICINA D'URTO
ASL RM 5 OSPEDALE ANGENELLI SUBANO

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. n. 445 del 28/12/2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D. Lgs. n. 39 del 8/4/2013 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D. Lgs. n. 39 del 8/4/2013;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. 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.

Data 11.07.2024Luogo SUBANO

Firma _____

firmato _____