

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a DEL VECCHIO COSTANZO

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

titolare dell'incarico di ATTUAZIONE DEI PERCORSI INTRAOSPEDALIERI ED OSPEDALE  
TERRITORIO (C3) \_\_\_\_\_

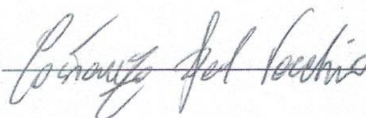
*consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti  
falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenze di cui all'art.  
20 c. 5 del D. Lgs. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci*

**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, 15.07.2025

Firma



*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).*