

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

IL Sottoscritto____Guarino Angela_____

Titolare dell'Incarico____AS Psiconcologia Clinica e della Salute presso UOC Popolazione a rischio,
Screening e Stili di Vita – Dipartimento di Prevenzione Asl Roma 5_____

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere , di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e delle conseguenze di cui all'art.20 comma 5 del D.Lgs.38/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D.Lgs.8/4/2013, 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 personale 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, ____12/10/2023_____

Firmato dott.ssa Angela Guarino