

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE<sup>1</sup>**  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/La sottoscritto/a ..... MENTUCCIA LUCIA .....

nato/o a ..... (.....) il .....

titolare dell'incarico ..... ATTIVITÀ AMBULATORIALE IN NEOPASIA  
della MAMMELLA e GASTROINTESTINALE .....

*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.del D.Lgs 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci*

**DICHIARA**

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconfiribilità 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 avere preso visione dell'informativa privacy di cui all'Allegato 1.

Tivoli ..... 18/04/2023 .....

Firma  
^