

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/La sottoscritto/a _____ Domini Paola _____

nato/a a _____ il _____

titolare dell'incarico di _____ Attività ambulatoriale e neoplasie del colon. Tipologia
incarico C SRIV _____

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, 02/10/2024

f.to

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).