

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

La sottoscritta dott.ssa MATTUCCI ROBERTA titolare
dell'incarico di ANESTESIA POLISPECIALISTICA 1B

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.

f.to Dott.ssa MATTUCCI ROBERTA