

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

Daniela pappa

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

titolare dell'incarico di _____

Natura professionale ai sensi art.18 comma 1 - par li letter C Teferente attività
di riabilitazione nell'ambito del Dipartimento
di salute mentale e delle dipendenze patologiche- UOC Dsmd territoriale G1-G2 dal 1/08/2021 al 31/07/2026

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritieri, 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, _____

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 .