SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

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

Il/La sottoscritto/a PONTICELLO LICIA nato/a a _____ il _____ titolare dell'incarico di DIRIGENTE MEDICO MFI

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

Data 01/02/2024 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 .

Asl Roma 5
Via Acquaregna 1/15
00019 Tivoli
t +39.0774.317711
www.aslroma5.it
p.iva 04733471009