

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE¹
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscrittoAntonio Sebastiani.....

nata/o a _____

Titolare dell'incarico di Responsabile UOS Cure Primarie

.....
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 inconfirmità 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, 27/12/2022

Firma _____

.....
Ai sensi dell'art. 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