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

Il/La sottos[illegible] PESUT LUCA

cittad[illegible] n to/a _____ il _____

titolare dell'incarico di DIRIGENTE MEDICO SPECIALIZZANDO, PRESSO VOC ANESTESIA e RIANIMAZIONE, OSPEDALE SAN GIOVANNI EVANGELISTA DI TIVOLI

*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, 16/08/2024

Firma [signature]

---

*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 .*