DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a BEHZAD BASKI
nato/a _____ il _____
titolare dell'incarico di DIRIGENTE MEDICO - UOC ANEST C RIANIMAZIONE P.O. 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, 04-07-2025 Firma

ASL ROMA 5 - P.O. TIVOLI
U.O.C. Anestesia e Rianimazione
Dott. Behzad Baski
20526010182 03052

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 .