



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI n. 1 "Triestina"**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La sottoscritta _____ Cinzia Contento _____

nata a _____ il _____ 1966 _____

codice fiscale _____

- consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- consapevole delle conseguenze di cui all'art. 20, c. 5 del D.Lgs 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

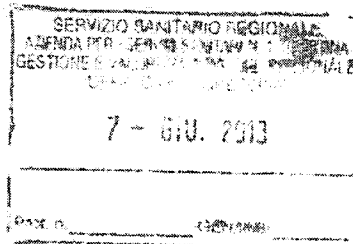
di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39, di cui ha preso visione

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20 D.Lgs 39/2013, a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale.

il dichiarante

Trieste, 06/06/2013
luogo e data



Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 s.m.i., la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente alla fotocopia firmata - non autenticata - di un documento d'identità del dichiarante all'ufficio competente.

Ai sensi dell'art. 20 D.Lgs 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'A.S.S. n. 1.

Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".