



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)

Il / La sottoscritto/a... dr.ssa ADELE MAGGIORE.....

nato a..... il..... 1954.....

codice fiscale.....

il quale:

- 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 ho preso visione

**SI IMPEGNA**

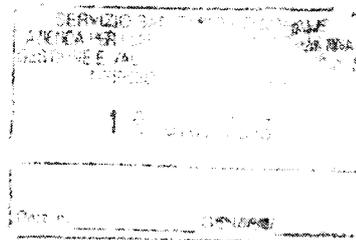
Ai sensi dell'art. 20 D.Lgs 39/2013, a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale.

TRIESTE, 17/06/13

luogo e data

  
\_\_\_\_\_  
il dichiarante

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".