

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Relativa alle cause di incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e successive modificazioni e integrazioni)

Il/La sottoscritto/a ANTONUCCI ROBERTO matr. n. 600 2118 nato/a a CAGLIARI il 03/12/1957 in servizio in qualità DIRIGENTE MEDICO in relazione al conferimento del seguente incarico DIRETTORE DELL'U.O.C. DI NIDO, NEONATOLOGIA E PEDIATRIA consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

(barrare solo la casella che interessa)

☒ Sotto la propria responsabilità, di non incorrere in alcuna delle cause di incompatibilità di cui al D.Lgs. n. 39/2013

Oppure

☐ Che sussistono le seguenti cause di incompatibilità previsti dai capi V e VI del D.Lgs. n. 39/2013:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E di impegnarsi a rimuoverla entro 15 giorni dalla data della presente dichiarazione. Nelle more della scadenza del termine di 15 giorni, l'acquisizione di efficacia della eventuale nomina rimane comunque condizionata dalla causa di incompatibilità, che dovrà entro il medesimo termine, essere comunicata al Servizio Risorse Umane.

Il sottoscritto si impegna a comunicare al Servizio suddetto, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Sanluri, 31/03/2014

Il dichiarante  
