

C. ATTUNE

Regione Sicilia
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CALTANISSETTA

Via Cusmano,1 – 93100 Caltanissetta

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta
Via Cusmano, 1
93100 – Caltanissetta

Il sottoscritto/a A.W. Parco Lorenzini, titolare di _____
(incarico professionale) conferito con deliberazione del n. 317 del 10/4/2024.

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

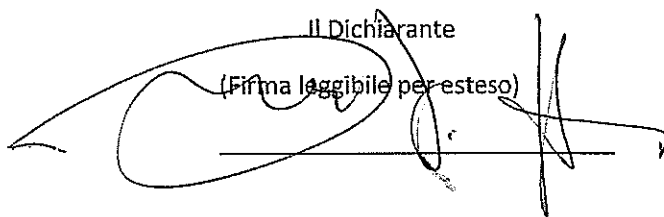
DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconfirmità e incompatibilità, previste dalle vigenti normative in materia.
- di essere informato/a che, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

Luogo e data

Il Dichiarante

(Firma leggibile per esteso)



D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti dal Codice Penale e dalla vigente normativa in materia.