

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' INCOMPATIBILITA' DI
CUI ALL'ARTICOLO 20, COMMA 1, DEL DECRETO LEGISLATIVO 8 APRILE 2013, N. 39

La/Il sottoscritta/o TRUNCELLO LUIGI nata/o a NOCIARA (CS) il 22/11/60 in
relazione all'incarico di D.R. U.O.S.D. UTIC OSPEDALE DI POLICENO:

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabili dalla legge per le false attestazioni e
dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di inconferibilità incompatibilità previste dal decreto
legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

che sussistono le seguenti cause di inconferibilità incompatibilità previste dal decreto
legislativo 8 aprile 2013, n. 39: _____

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del
contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 del citato decreto
legislativo n. 39/2013.

(Data) POLICENO, 13/03/2020

IL/LA DICHIARANTE



(Allegare documento di riconoscimento in corso di validità)