

azienda sanitaria locale
materata

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI INCOMPATIBILITA'

(DI CUI ALLA NORMATIVA VIGENTE)

Il sottoscritto BRAIA ANGELA nato a MATERA il 16.06.72, in
relazione all'incarico di Resp. UOSD Qualità, Accreditamento e servizi Professioni Sanitarie e Sociali
consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e
dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.
445/2000,

DICHIARA CHE



NON SUSSISTONO CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

SUSSISTONO LE SEGUENTI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

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

Matera, lì

Si allega copia documento riconoscimento in corso di validità.

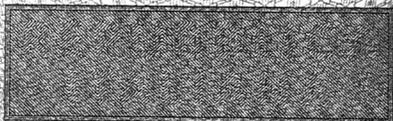
Il dichiarante
Angela Braia
ASM - MATERA
U.O.S.D. Qualità, Accreditamento e
Servizio Professioni Sanitarie e Sociali
IL DIRIGENTE
Dott.ssa Angela BRAIA

La presente carta d'identità
è valida sino al 14/04/2028



COSTO CARTA IDENTITÀ € 5,16
DIRITTI DI SEGRETERIA € 0,26

AY 1056140



IPZS SPA - O.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI

MATERA

CARTA D'IDENTITÀ

N° **AY 1056140**

DI

BRAIA

ANGELA

Cognome.....BRAIA.....
Nome.....ANGELA.....
nato il.....14 aprile 1972.....
(atto n.....388.....S.....A.....)
a.....MATERA (.....MT.....)
Cittadinanza.....ITALIANA.....
Residenza.....MATERA.....
Via.....RECINTO I PAOLO BORSELLINO, 5.....
Stato civile.....CGT CIFARELLI.....
Professione.....INFERMIERA.....
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura.....MEDIA.....
Capelli.....CASTANI.....
Occhi.....CASTANI.....
Segni particolari.....



Firma del titolare *Angela Braia*
MATERA.....28 set 2017

Impronta del dito
indice sinistro

IL SINDACO
Vitullo Vito
VITULLO VITO

