



azienda sanitaria locale
materà

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI INCOMPATIBILITA'

(DI CUI ALLA NORMATIVA VIGENTE)

Il sottoscritto FALASCA DAVIDE nato a POTENZA il 31-03-1962 in
relazione all'incarico di DIRETTORE U.O.C. PROVVEDITORATO E ECONOMATO
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, li

27/9/22

Si allega copia documento riconoscimento in corso di validità.

Il dichiarante

David Falasca

Cognome **FALASCA**
 Nome **DAVIDE**
 nato il **31 marzo 1962**
 (atto n. **470** P. **1** S. **A**)
 a **POTENZA** (PZ)
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **MATERA**
 Via **VIA TURI 7/A Int. 14**
 Stato civile **Stato libero**
 Professione **DIRIGENTE**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1,81**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari



Firma del titolare **Davide Falasca**
MATERA 12 ago 2014

Impronta del dito
 indice sinistro **VITULLO VITO**





IP 2.5 5/04 OFFICINA E.V. ROMA

