

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

Il sottoscritto Dr Salvatore Tardi .nato a...Castellammare di Stabia (NA) . il 04-05-1956 .

in relazione all'incarichi di :

1. Direttore del Dipartimento Medico
2. Direttore UOC di Geriatria
3. Direttore ad interim UOC di Medicina Matera

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

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

che sussistono le seguenti cause di inconfiribilità 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)

Il DICHIARANTE

(Allegare documento di riconoscimento in corso di validità)