

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 sottoscritto/a AGNETA GIOSEVVE nata/o a PISTOCCI il 8-10-61 in  
relazione all'incarico di RESP. HOSPICE - COME VARIANTE

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  inconfiribilità  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) 19-03-2020

IL/LA DICHIARANTE

*Anna Maria*

**(Allegare documento di riconoscimento in corso di validità)**

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 AMOIA VINCENZO nato a ACCETTURA (MT) il 20/03/1954 in relazione all'incarico di  
DIRETTORE FF del DISTRETTO DELLA SALUTE " COLLINA MATERANA-METAPONTINO"

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  inconfiribilità  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 sottoscritto 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.

Matera 13 Marzo 2020

IL DICHIARANTE  


**(Allega copia della Carta d'Identità n.AT 7145862 rilasciata dal Comune di Accettura  
(Mt) il 06/11/2014)**

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

La/I, sottoscritta/o..... GAETANO ANNUNZI ..... nata/o a AGNONE il 21/01/56 in  
relazione all'incarico di..... DIRETTORE SANITARIO OSPEDALCERA.....

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.

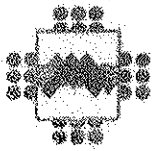
(Data)

13/03/2020

IL/LA DICHIARANTE

Gaetano Annunzi

(Allegare documento di riconoscimento in corso di validità)



azienda sanitaria locale  
materà

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI INCOMPATIBILITA'**

**(DI CUI ALLA NORMATIVA VIGENTE)**

Il sottoscritto \_\_\_dott. Gennaro Aulenti\_\_\_ nato a Matera il \_\_\_05/09/1955\_\_\_, in relazione all'incarico di \_\_\_Direttore UOSD di Epatologia \_\_\_ 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' (ai sensi della normativa vigente)

SUSSISTONO LE SEGUENTI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' (ai sensi della normativa vigente)

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

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti della normativa vigente.

Matera, li 03/02/2021

Si allega copia documento riconoscimento in corso di validità.

(Patente di guida)

Il dichiarante