

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
(si prega di compilare in caratteri dattiloscritti o stampatello)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (Cognome e nome)

ANTONIOLI PAOLA

NATO/A LEUDINARA (RO) (Prov. RO) IL 30/4/60

consapevole

delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1 del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs 39/2013, sotto la mia personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dall'art. 6 e dall'art. 13 D.P.R. 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", nonché di quanto previsto dal D.Lgs 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190", dell'art. 35 bis del D.Lgs n. 165/2001, e dalle disposizioni transitorie di cui all'art. 29-ter del D.L. 69/2013 convertito nella L. 98/2013;

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità prevista dagli articoli 9 e 12 del D.Lgs n. 39/2013;

di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede,

Data 07/04/2014

FIRMA


S.S.R. EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Direzione Medica di Presidio
Dott.ssa ANTONIOLI PAOLA
C.F. NTN PLA 60S70 E522F