



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

### DICHIARAZIONE RELATIVA A INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E/O INCOMPATIBILITÀ ANNO 2019

Il/La sottoscritto/a ..... DOTT. MICHELE TESSARIN .....

nato/a a ..... VENEZIA .....

il ..... 30/08/1958 .....

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false attestazioni, in relazione al conferimento dell'incarico di .....

..... DIRETTORE SANITARIO .....

### DICHIARA

(barrare la/le casella/e di interesse)

- a)  di non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative di INCONFERIBILITÀ previste dal D. Lgs. 39/2013;
- b)  di non trovarsi in alcuna delle cause ostative di INCOMPATIBILITÀ previste dal D. Lgs. 39/2013;

Il/La sottoscritto/a si impegna:

- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione rendendo, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva;
- ai sensi dell'art. 20, c. 2, del D. Lgs. 39/2013 a fornire analoga dichiarazione con cadenza annuale.

Dichiara altresì di essere informato che:

- ai sensi dell'art. 20, c. 3, del D. Lgs. 39/2013 la dichiarazione sarà pubblicata nel sito dell'Amministrazione che ha conferito l'incarico;
- ai sensi del D. Lgs 196/2003, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL/LA DICHIARANTE

.....  .....

(Firmato)