



DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' O INCOMPATIBILITA'

La sottoscritta **DANIELA CORSI**, in relazione all'incarico di DIRETTORE SANITARIO dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o mendaci secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità (ex artt. 3, 5 e 8 del D.Lgs. 39/2013) e incompatibilità (ex artt. 10 e 14 del D.Lgs. n. 39/2013) nonché di non trovarsi in alcuna delle cause ostative di cui all'art. 3 comma 11 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto D.Lgs. n. 39/2013.

Si allega documento di identità in corso di validità.

Macerata,

data di apposizione della firma digitale

Il Direttore Sanitario

Dr.ssa Daniela Corsi