

DICHIARAZIONE ANNUALE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
DI CUI AL D.LGS. N. 39/2013

Il/La sottoscritto/a CELESTINO BUFARINI
in qualità di RESPONSABILE FARMACIA OSPEDALIERA URBINO,
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci o false
e delle relative conseguenze secondo quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e dall'art. 20
comma 5 del D. Lgs. 39/2013

DICHIARA

Di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità previste dal d.lgs. n. 8 aprile 2013, n. 39 e di
impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali situazioni di incompatibilità sopravvenuta.
Dichiara altresì di essere informato/a circa il trattamento dei dati raccolti e, in particolare, che tali dati
saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente
dichiarazione viene resa.

Luogo, data

Firma

URBINO, 22 GENNAIO 2024

Allegato: documento identità in corso di validità