

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE

**Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità resa ai sensi
dell'art. 20 comma 2 del D.Lgs n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a Anna Maria Lisi

dipendente dell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino in qualità di Dirigente U.O.C.
Gestione Amministrativa Personale Convenzionato e Strutture Accreditate, consapevole delle
sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in
atti e di 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. n. 39/2013

DICHIARA

**Di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità previste dal richiamato Decreto
Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 e ss.mm.ii.**

**Di provvedere a comunicare tempestivamente eventuali situazioni di incompatibilità
sopravvenute.**

Di essere informato, ai sensi dell'art. 10 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il
quale la presente dichiarazione viene resa.

Pesaro, 24/01/2025

Il Dichiarante

.....

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 si allega al presente modulo copia di un documento di identità in corso di validità