

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/aANNA OLIVETTI.....

dipendente dell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino in qualità di DIRIGENTE
AMMINISTRATIVO RESP. S.C. 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, 29/05/2025

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