



Regione Puglia  
**O S P E D A L I R L U N I T I**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria  
**F O G G I A**

Allegato C)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA EX ARTT. 45 E 46, D.P.R. n. 445/2000, IN TEMA DI  
INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI DI CUI AL D.LGS. N. 39/2013, AI SENSI  
DELL'ART. 18 DEL PIANO AZIENDALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Il/La sottoscritto/a CIRULLI IRIND profilo  
professionale COLL. SAN. INFERMIERE nato/a NAPOLI il 17-01-58 a  
residente a Foggia in Via  
n. \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ e  
nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

di trovarsi nella seguente situazione di inconferibilità e/o incompatibilità di incarichi, di cui al D.Lgs. n. 39/2013, ai sensi dell'art. 18 del Piano aziendale per la prevenzione della corruzione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data Foggia 04-05-2010

Il dichiarante \* Cirulli

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono stati richiesti e verranno utilizzati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.*