



Regione Puglia
O S P E D A L I R I 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 CONSALVO GAETANO, profilo
professionale C. P. S. Inf. Coord. nato/a Foggia il 19-08-1962 a
Foggia 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 02/05/2016
Il dichiarante * [Signature]

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.