

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ
(D.P.R. 445/2000)**

In relazione a quanto previsto dall'art. 3 del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dall'art. 20 del d. lgs. n. 39/2013, la sottoscritta _____ SILVIA BRIANI _____ nata a ___ FIRENZE _____

Consapevole delle conseguenze penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000 e dall'art. 20, comma 5, del d. lgs. n. 39/2013

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Relativamente all'incarico di _____ DIRETTORE SANITARIO _____ dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità, avuto specifico riguardo alla disciplina prevista dall'art. 3, comma 11, del d. lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dagli articoli 10 e 14 del d. lgs. n. 39/2013.

Dichiara inoltre di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Pisa ___ 28/12/2018 ___

IL DICHIARANTE
dott.sa Silvia Briani
(firmato in originale)