



A Z I E N D A  
O S P E D A L I E R A  
S A N T A M A R I A  
T E R N I



AZOSP.001.TR

Azienda Ospedaliera Terni

GEN **0061122** del 11/10/2022 ore 11:52:02

Protocollo generale - Registro: E

Il/La Sottoscritto/a ..... PIETRO MANZI .....

nato/a a ..... ..

C.F.: ..... ..

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

**DICHIARA**

L'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità per il conferimento dell'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39 e ss.mm.ii..

Trattamento dati personali

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

*Si allega copia di documento di riconoscimento*

Terni, li 11/10/2022 .....

Il dichiarante

.....