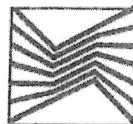


Servizio Sanitario Nazionale

Regione Umbria



AZIENDA OSPEDALIERA
"SMARIA"
DI TERNI

MOD. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Artt. 47 e 48 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il sottoscritto/a Pompei Romina

Nato/a a Buenos Aires (SE) il 20 dicembre 1985

Residente a Città di Castello in via Pietro Romualdo D'Assereto n. /

consapevole delle sanzioni penali , nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalla decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con provvedimenti emanati in base a dichiarazioni non veritieri ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n.445

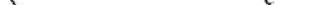
DICTIARA

Di non trovarsi in nessuna condizione anche potenziale di incompatibilità/conflitto di interessi per l'attività di consulenza svolta a favore dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, conferita con provvedimento n: 201 del 19/02/2021, ai sensi dell'art.53 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 e Regolamento UE/2016/679 – General Data Protection Regulation (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data ~~Quartiere~~ 07/06/2021

Firma del/ della dichiarante

Avvertenza : 

Avvertenza :

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR 445/2000 e s.m.i. alla dichiarazione deve essere allegata la dichiarazione di nullità.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR 445/2000 e s.m.i. alla dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.