DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
IN MERITO ALL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
PER L'INCARICO DI DIRETTORE SANITARIO
(art. 47, D.p.r. n. 445/2000 – art. 20, D. L.gs. n. 39/2013)

Il sottoscritto Dott. FORTINO ANTONIO, nato a [redacted] il 28-11-62, Direttore Sanitario dell' Azienda Complesso Ospedaliero San Giovanni – Addolorata, nominato con Deliberazione n. -_____/DG del _____;

consapevole delle sanzioni prescritte dal Codice penale per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e di formazione od uso di atti falsi, come richiamate dall'art. 76, del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, D. L.gs. n. 39/2013, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

ai sensi del combinato disposto dell'art. 47, D.p.r. n. 445 del 28.12.2000
e dell'art. 20, comma 2, D. Lgs. n. 39 dell' 8.04.2013

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, di cui ha preso visione;

- di impegnarsi a rendere la presente dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare eventuali future variazioni;

- di disporre che la stessa sia pubblicata nel sito web istituzionale – sezione Amministrazione Trasparente.

In fede

Dott. [redacted]

Roma, 21/6/2017