

**Alla C.A. AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
U.O. ATTIVITA' TECNICHE DI POTENZA
VIA TORRACA, N. 2
85100 POTENZA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ
ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, N.39**

(si prega di compilare in caratteri dattiloscritti o stampatello)

Il sottoscritto **RIZZO Pietro**, nato a Trecchina (Prov. PZ), il
22/09/1965,

consapevole

delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39 e pertanto presso Codesta A Azienda Sanitaria;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al 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.

Si allega (apporre x sulla voce utilizzata):

copia del Documento di riconoscimento in corso di validità;

autorizzazione allo svolgimento di incarichi rilasciata dalla P.A..

In fede,

Data, 28/03/2017

FIRMA



Cognome **RIZZO**
 Nome **Pietro**
 nato il **22/09/1965**
 (atto n. **27** P. **I** s. **A**)
 a **Trecchina (Potenza)**
 Cittadinanza **italiana**
 Residenza **Trecchina**
 Via **Michele Schettini, 8**
 Stato civile **coniugato**
 Professione **----**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1,76**
 Capelli **brizzolati**
 Occhi **castani**
 Segni particolari **XXX**



Firma del titolare *Pietro Rizzo*
Trecchina, 04/08/2015

Impronta del dito indice sinistro.

IL SINDACO
[Signature]


