

**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

**GRIPPO Attilio**

NATO A **CARACAS (Venezuela)** IL GIORNO **1.05.1959**

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.

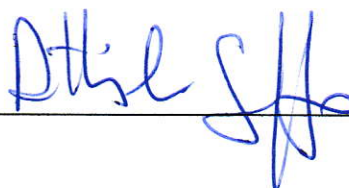
Si allega ( apporre x sulla voce utilizzata):

- copia del Documento di riconoscimento in corso di validità;
- autorizzazione allo svolgimento di incarichi rilasciata dalla P.A..

In fede,

Data 1.02.2016

FIRMA



Codice Fiscale **GRPTTL59E01Z614E**      Data di scadenza **09/06/2016**  
 Cognome **GRIPPO**  
 Nome **ATTILIO**  
 Luogo di nascita **VEenezuela**  
 Provincia **EE**  
 Data di nascita **01/05/1959**  
 Sesso **M**  
 Dati sanitari regionali



Cognome **GRIPPO**  
 Nome **ATTILIO**  
 nato il **01-05-1959**  
 (atto n. **2** s. **B** 1959)  
 a **CARACAS** (.....)  
 Cittadinanza **Italiana**  
 Residenza **LAURIA (PZ)**  
 Via **XXV APRILE 107**  
 Stato civile **CONIUGATO**  
 Professione **INGEGNERE**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura **185**  
 Capelli **Castani**  
 Occhi **Castani**  
 Segni particolari **NESSUNO**

  
 Firma del titolare *Attilio Grippo*  
**LAURIA** li **03-06-2015**  
 Impronta del dito indice sinistro  
 IL SINDACO  
 L'UFFICIALE D'ANAGRAFE  
*[Signature]*

IT  
  
 GRIPPO  
 ATTILIO  
 GRPTTL59E01Z614E      SSN-MIN SALUTE - 500001  
 80380001700007257499      Scadenza 06/06/2016

Scadenza : **01-05-2026**  
 Diritti : **5,50**  
  
**AX 0006418**  
 IPZS spa - D.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA  
  
 COMUNE DI LAURIA  
**CARTA D'IDENTITA**  
**N° AX 0006418**  
 DI GRIPPO ATTILIO