

**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)

LA SOTTOSCRITTA IALLORENZI ANTONELLA

NATA A S.ANGELO LE FRATTE (Prov. PZ) IL 16 – 04 – 1969,

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, 16 Ottobre 2017

FIRMA

Cognome **IALLORENZI**
 Nome **ANTONELLA**
 nato il **16/04/1969**
 (atto n. **5** P. **I** A **1969**)
 a **SANT'ANGELO LE FRATTE (PE)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **SANT'ANGELO LE FRATTE**
 Via **FONTANA N. 24**
 Stato civile **CONIUGATA**
 Professione **ARCHITETTO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **m. 1,63**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **VERDI**
 Segni particolari



Firma del titolare *Antonio Amodeo*

SANT'ANGELO LE FRATTE 02/08/2011

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO INCARICATO
AMODEO Giuseppe Antonio


