

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

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..

13 MAR 2018

MFEDE

Codice Fiscale **GRPTLL59E01Z614E**
 Cognome **GRIPPO**
 Nome **ATTILIO**
 Luogo di nascita **VENEZUELA**
 Provincia **EE**
 Data di nascita **01/05/1959**
 Sesso **M**
 Data di scadenza **09/06/2016**



Cognome **GRIPPO**
 Nome **ATTILIO**
 nato il **01-05-1959**
 (atto n. **1** **2** **S** **F** **1959**)
 a **CARACAS (** **)**
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **LAURIA (PZ)**
 Via **XXV APRILE 107 i j**
 Stato civile **CONIUGATO**
 Professione **INGEGNERE**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **185**
 Capelli **Castani**
 Occhi **Castani**
 Segni particolari **NESSUNO**


 Firma del titolare **Attilio Grippo**
LAURIA il **03-06-2015**
 Impronta del dito indice sinistro
ordine del Sindaco
L. UFFICIALE D'ANAGRAFE
Rita...

IT

GRIPPO
ATTILIO
GRPTLL59E01Z614E SSN-MIN SALUTE - 500001
80380001700007257499
09/06/2016
01/05/1959
01/05/1959

Scadenza **01-05-2026**
 Diritti **3**

AX 0006418
 1/23.104 - CCM - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI **LAURIA**
CARTA D'IDENTITÀ
N. AX 0006418
 DI **GRIPPO ATTILIO**