

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/LA SOTTOSCRITTO/A (Cognome e nome)

_____ Lasaponara Savino _____

NATO/A _____ Rivoli _____ (Prov. TO) IL 29/03/1978 _____

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.

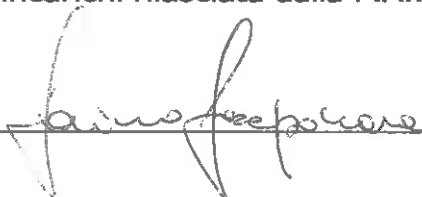
Si allega (apporre x sulla voce utilizzata):

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

In fede,

Data 17/10/2017

FIRMA



Cognome **LASAPONARA**
 Nome **SAVINO**
 nato il **29-03-1978**
 (atto n. **00190 P. 1 S. A 1978**)
 a **RIVOLI (TO)**
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **MONTEMILONE (PZ)**
 Via **CORSO M. PAGANO 9**
 Stato civile **-----**
 Professione **INSEGNERE**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **175**
 Capelli **Bionzoluti**
 Occhi **Castani**
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare *Savino Lasaponara*
MONTEMILONE **05-03-2013**
 IL SINDACO
 Impronta del sigillo
 indice sinistro
Giuseppe M. Mammì