

**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~~ SOTTOSCRITTO/A (Cognome e nome)

IRENE LIVIA PACE

NATA/A POTENZA

(Prov. PE) IL 23/08/1985

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 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 05/05/2017

FIRMA

*Irene Livia Pace*

