

**Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità resa ai sensi dell'art. 20 comma 2 del D.Lgs n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a .....ANNA OLIVETTI.....

dipendente dell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino in qualità di.....DIRIGENTE AMMINISTRATIVO.....  
..... consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n. 39/2013

**DICHIARA**

**Di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità previste dal richiamato Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 e ss.mm.ii.**

**Di provvedere a comunicare tempestivamente eventuali situazioni di incompatibilità sopravvenute.**

Di essere informato, ai sensi dell'art. 10 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

...Pesaro, ...23/6/2023....

Il Dichiarante

.....

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 si allega al presente modulo copia di un documento di identità in corso di validità