Sistema Socio Sanitario

Ospedale Maggiore di Lodi
Distretti e Presidi Lodigiani

Regione Lombardia
ASST Lodi

Al Direttore Generale
ASST di Lodi
c/o
UOC Gestione e Sviluppo
Risorse Umane

Ufficio.personale@asst-lodi.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' CIRCA L'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 53 D. LGS. 165/2001
(ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto BOCCONI ANGELA nato a LODI (Prov. LOD) il 07/08/1959, dipendente dell'ASST di Lodi con qualifica di DIRETTORE MEDICO f.f. titolare dell'incarico dirigenziale di:

- [x] Direttore UOC F.F DIREZIONE MEDICA P.O.U.
- [ ] Dirigente Responsabile UOSD _____
- [ ] Dirigente Responsabile UOS _____

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 455/2000 e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false e mendaci, consapevole che la seguente dichiarazione sarà pubblicata sul sito internet aziendale

DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità

- [x] di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001

e

- [x] di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato

ovvero

- [ ] di essere titolare di rapporto non esclusivo

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Lodi, 30/10/2018

Il dipendente
(Angela Bocconi)