

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 47 D.P.R. 445/00 e s.m.i.

Il sottoscritto ALBERTO FIORE

Nato a Roma il 01/09/1957

A CONOSCENZA

- di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato;
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace;
- che i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito dell'azione amministrativa, verranno trattati, anche con strumenti informatici, solo nel rispetto delle procedure previste dal D.Lgs. 196/03 e dagli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività di questa azienda.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 c. 2 del d.lgs. 39/13, l'insussistenza di cause di incompatibilità ed ostative con le funzioni di Direttore Amministrativo della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata" e con, altresì le funzioni di Direttore Amministrativo dell'A.O.U "Policlinico To Vergata".

l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi con il PTV "Policlinico Tor vergata" ai sensi del D.P.R. 62/2013.

FIRMA DEL DICHIARANTE


Roma, 12/07/2017

N.B. ALLEGARE alla presente dichiarazione una fotocopia del documento di identità

Il documento di identità deve essere in corso di validità. Per documento di identità si intende la carta di identità ai sensi del l'art. 288 del R.D. 635/40 e dell'art. 36 del t.u. sull'autocertificazione. Il documento di identità può essere altresì sostituito da uno dei seguenti documenti riconosciuti equipollenti ai sensi del c. 2 dell'art. 35 del predetto t.u. passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, porto d'armi, tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente, rilasciate da una amministrazione dello Stato.