

Alla ASL Rieti

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
ED INCOMPATIBILITA'**

Il sottoscritto/La sottoscritta ANNA LUCIA DI GIULIO nato/nata a
_____ OMISSIS _____ il _____ OMISSIS / _____ OMISSIS / _____ OMISSIS _____, C.F. _____ OMISSIS _____ assunto presso
codesta Azienda in data 11/03/2025, con deliberazione n. 210/cs del 18/2/25 nel
profilo professionale di FARMACIA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- Di non avere altri rapporti di Impiego pubblico a privato e di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.lgs. 165/2001
- L'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità, ai sensi e gli effetti del D. Lgs. 39/2013;

OPPURE

- Che sussistono le seguenti cause di inconferibilità ed incompatibilità, ai sensi e gli effetti del D. Lgs. 39/2013.....
.....
.....
.....
.....

E di impegnarsi a rimuoverle entro il termine di 15 giorni dalla data della presente dichiarazione.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventualmente variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

Luogo e data RIETI, 25/02/2025

Il dichiarante
