

Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGIO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 - Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@asf.toscana.it
posta elettronica certificata: sdsmugello@legalmail.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e smi)

Il sottoscritto Roberto Izzo C.F.

residente a

in qualità di Presidente della SOCIETA' DELLA SALUTE DEL MUGELLO

ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità e piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs n. 39/2013, che alla data odierna non si trova in alcuna delle cause di incompatibilità previste nel decreto legislativo stesso.

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

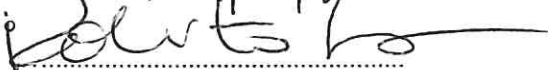
Dichiara di essere informato, con riferimento alle disposizioni previste dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR – General Data Protection Regulation) e dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali forniti sono oggetto di trattamento informatico e/o cartaceo e potranno essere utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli adempimenti derivanti dalle leggi e/o regolamenti nazionali o comunitari.

Allega copia di documento di identità valido.

Borgio San Lorenzo,

21/11/2018

FIRMA



ELENCO DEGLI INCARICHI

Incarico _____ Ente/Società _____ Periodo _____

Retribuito/Non retribuito

Incarico _____ Ente/Società _____ Periodo _____

Retribuito/Non retribuito

Incarico _____ Ente/Società _____ Periodo _____

Retribuito/Non retribuito

Incarico _____ Ente/Società _____ Periodo _____

Retribuito/Non retribuito

Incarico _____ Ente/Società _____ Periodo _____

Retribuito/Non retribuito

Incarico _____ Ente/Società _____ Periodo _____

Retribuito/Non retribuito

Incarico _____ Ente/Società _____ Periodo _____

Retribuito/Non retribuito

Incarico _____ Ente/Società _____ Periodo _____

Incarico _____ Ente/Società _____ Periodo _____

Retribuito/Non retribuito

FIRMA 