



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

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

Tel. 0558451430 - Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@asf.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@legalmail.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

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

Il sottoscritto BONANNI ILARIA.....C.F.
residente in..... Via.....in qualità
di ADDESSO.....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

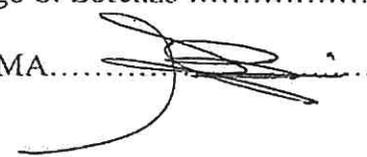
Ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs n. 39/2013, che alla data odierna non si trova in alcuna delle cause di incompatibilità previste nel decreto legislativo stesso.

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 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 da leggi e/o regolamenti nazionali o comunitari.

Allega copia di documento di identità valido

Borgo S. Lorenzo 311018.....

FIRMA.....




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

ELENCO DEGLI INCARICHI

Incarico _____ Ente/Società _____ Peiido _____

Retribuito/Non retribuito

Incarico _____ Ente _____ Peiido _____

Retribuito/Non retribuito

Incarico _____ Ente _____ Peiido _____

Retribuito/Non retribuito

FIRMA.....