

Al Direttore Generale  
Dr.ssa Maria Lazzarato  
Azienda USL di Imola

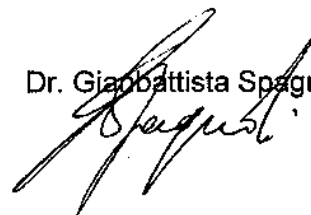
Oggetto: accettazione nomina Direttore Sanitario.

Preso atto della deliberazione N. 135 del 9.10.2009, di conferimento dell'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda, nell'accettare la nomina, dichiaro altresì il permanere dell'insussistenza nei miei confronti delle condizioni ostative alla nomina di cui all'art. 3, comma 11, D. Lgs. 502/92 e succ. mod., nonché delle incompatibilità previste dall'art. 3, comma 9 del medesimo Decreto.

Quanto ai requisiti prescritti, rinvio agli atti già depositati.

Ringraziando per la fiducia accordatami, porgo i più cordiali saluti.

Dr. Giambattista Spagnoli



Imola, 16.10.2009

Azienda USL IMOLA Direzione Generale	
Prot. n.	41361
del	19.10.09
Class.	1.1
Fasc.	
D.G.	<input checked="" type="checkbox"/> Dip. San.P. <input type="checkbox"/>
D.A.	<input type="checkbox"/> Dip. Cure P. <input type="checkbox"/>
D.S.	<input type="checkbox"/> D.S.M. <input type="checkbox"/>
P.Contr.Dir.	<input type="checkbox"/> D.A.T. <input type="checkbox"/>
Inf.Comun.	<input type="checkbox"/> S.Gen.AL <input checked="" type="checkbox"/>
Governo C.I.	<input type="checkbox"/> Risorse Um. <input checked="" type="checkbox"/>
Formazione	<input type="checkbox"/> Cont.Fin. <input type="checkbox"/>
Ricerca Inn.	<input type="checkbox"/> Econ.Provv. <input type="checkbox"/>
D.Med.Pres.	<input type="checkbox"/> P.T.Imp. <input type="checkbox"/>
D.Inf.Tecn.	<input type="checkbox"/> T.I.R. <input type="checkbox"/>
D.Ass.Farm.	<input type="checkbox"/> Ing.Clin. <input type="checkbox"/>
Distretto	<input type="checkbox"/> A.S.S.O.T. <input type="checkbox"/>