

ALL'AZIENDA USL DI IMOLA
U.O. RISORSE UMANE

Dichiarazione in merito all'incompatibilità

Io sottoscritto BANDINI VALENTINA nato a CASTEL S. PIETRO il 13.06.'79

DICHIARO

di non avere in corso alcun rapporto professionale,

di avere in corso rapporti professionali con strutture sanitarie private accreditate, e precisamente:
presso la struttura sanitaria di _____,
tipologia di attività _____ impegno
temporale _____;
presso la struttura sanitaria di _____,
tipologia di attività _____ impegno
temporale _____;

di avere in corso i seguenti rapporti professionali:

di non essere nelle condizioni incompatibilità di cui all'art. 5 - comma 9 del D.L. n. 95 del 6.7.2012, convertito in Legge n. 135 del 7.8.2012

Sono consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda U.S.L. in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs.°196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda U.S.L. di Imola, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

Imola, 27.9.2013

IL DICHIARANTE

(a) Valentino Bandini

Visto, si attesta che il dichiarante BANDINI VALENTINA, previamente identificato con colloquio personale, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione.

(b) FASE ANZERA (collab. am.)

(c) Quinalloni

(timbro d'ufficio)

il dichiarante presenta copia fotostatica del documento di identità _____

(a) firma per esteso

(b) cognome, nome e qualifica del funzionario competente che riceve la dichiarazione

(c) firma per esteso del funzionario competente