

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

**Dichiarazione in merito all'incompatibilità**

Io sottoscritto ANTONIO D'UGO nato a BOLOGNA il 19/6/56

**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 \_\_\_\_\_;  
presso la struttura sanitaria di \_\_\_\_\_,  
tipologia di attività \_\_\_\_\_ impegno  
temporale \_\_\_\_\_;

di avere in corso i seguenti rapporti professionali:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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, 15/7/13

IL DICHIARANTE  
(a) [Firma]

Visto, si attesta che il dichiarante \_\_\_\_\_, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesesa dichiarazione.

(b) GURIOLI LUCIA COLLABORATORE ANNOVO  
(c) Lucia Gurioli

(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