

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

Dichiarazione in merito all'incompatibilità

Io sottoscritto CLAUDIA BORGHI nato a Bologna il 17/08/80

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:
CASA DI CURA PRIVATA MADRE FORTUNATA TONIGLI (Bo)
CON RAPPORTO LIBERO-PROFESSIONALE

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, 12/12/13

IL DICHIARANTE
(a) 

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

(b) _____

(c) _____

(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