

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a CESARE CHIAPPERINI
nato/a a MOLFETTA il 5/1/1952
residente in MOLFETTA Prov. BA C.A.P. 70056
Via GIACOMO SALEPICO n. 29
Indirizzo mail: c.chiapperini1@gmail.com
N. Telefono: 3929113526

Con riferimento al telegramma prot. n. _____ del _____

Consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi

DICHIARA

- Di non essere impossibilitato/a giuridicamente e/o materialmente a continuare il servizio attivo e a tempo pieno (copertura turni h 24) presso codesta Asl;
- Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.l.vo n. 165/2001, nonché di quelle previste dall'art. 17 del A.C.N. 29/07/2009.

Bari, 15/11/2021

Firma

Cesare Chiapperini