

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

Il/La sottoscritto/a KONISA XHIHANI  
nato/a a BISCEGLIE il 25/06/1985  
residente in BISCEGLIE Prov. BT C.A.P. 76074  
Via DELLA REPUBBLICA n. 62  
Indirizzo mail: Moussa.Xhihani@gmail.com  
N. Telefono: 084905930

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, \_\_\_\_\_

Firma

Moussa Xhihani