



Agenzia  
Regionale  
per la Salute  
ed il Sociale  
Puglia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445) SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, n. 39.

La sottoscritta ANTONIA ALONGI nata a [REDACTED] prov. [REDACTED] il [REDACTED] Codice Fiscale [REDACTED] Indirizzo mail [REDACTED] recapito telefonico [REDACTED] nella sua qualità di Dirigente con profilo Amministrativo con incarico di natura professionale relativo ai Servizi dell'Area di Direzione Amministrativa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di non incorrere in cause di incompatibilità ed inconferibilità degli incarichi ai sensi del D.Lgs 39/2013 e ss.mm.ii

La sottoscritta dichiara di concedere, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il consenso al trattamento dei dati personali.

Bari, 07/04/2022

F.to Dott.ssa Antonia Alongi