Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale Puglia

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a __CAMMARONE ELIDEA_____ nato/a a [redacted] _____ il _ [redacted] _____ e residente a___ [redacted] _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico di docente per il Corso di formazione specialistica Valutatori ai fini della costituzione dell'Albo dei valutatori per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private accreditate della Regione Puglia ;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del D.Lgs.n.165/2001 e successive modifiche

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del d.lgs. n. 39/2013.

Allega alla presente copia del documento di identità in corso di validità.

Data ____28.09.2020_____

Firma