



Oggetto: dichiarazione circa l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'incarico –
anno 2018

In relazione a quanto previsto dall'art. 20, comma 2 del D. Lgs. n. 39 del 08/04/13,
il/la sottoscritto/a:

Dirigente: ~~(amministrativo/medico/...)~~ AIDA ANDREASSI

a tempo: ~~(determinato/indeterminato)~~

presso l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU),
titolare dell'incarico di DIRETTORE S.C.,
con la presente

dichiara,

Sotto la propria responsabilità, che non sussistono a proprio carico condizioni di
incompatibilità con l'incarico dirigenziale sopra richiamato, avuto specifico riguardo
alla disciplina dettata dal già citato D. Lgs ed in particolare da quanto previsto dagli
articoli 9, 10, 12 e 14 dello stesso.

La presente dichiarazione viene rilasciata ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46,
47 e 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. in tema di autocertificazioni.

Si allega:

- copia del documento di identità in corso di validità.