



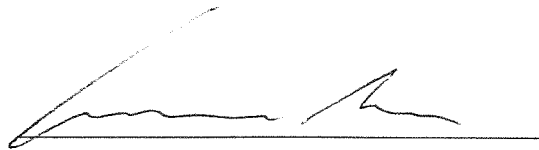
Oggetto: dichiarazione circa l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'incarico –
anno 2018

In relazione a quanto previsto dall'art. 20, comma 2 del D. Lgs. n. 39 del 08/04/13,
il/la sottoscritto/a: **PAOLO GALIMBERTI**
Dirigente: **MEDICO**
a tempo: **INDETERMINATO IN COMANDO**
presso l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU),
titolare dell'incarico di **REFERENTE SS COORDINAMENTO CLINICO SOREU**
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.