

DICHIARAZIONE IN AUTOCERTIFICAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCOMPATIBILITA' - ART. 20.2 DECRETO LEGISLATIVO N.39/2013

Il sottoscritto Dr. DE ROSA CESARE nato a PENTONE (CZ)
(CZ) il 26.3.1952
residente a LAMEZIA TERME (CZ) Via R. LOBBARDI n. 9
in qualità di Dirigente Sanitario/Amministrativo dell'U.O. complessa / ~~semplice~~ F.F.

dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, letto
l'art. 29 - ter del Decreto n.69/13, per come introdotto con legge di conversione n.98/13,
consapevole di quanto prescritto dagli articoli 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle
sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00,
di non versare in alcuna delle condizioni di incompatibilità sopravvenuta, per come previsto dal
Decreto Legislativo n.39/2013.

LAMEZIA TERME 22.X.2015

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO
O DI STAFF DELLA DIREZIONE GE
Protocollo n° 0089456
del 29/10/2015
Data - Ora A/P 29/10/2015 11:01:04



02015001894568
Titolo/Classe/Sottoclasse
I 2

Il Dichiarante

[Signature]