

**Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità
(ex art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013)**

Il/la sottoscritto/a **LUCA CHIOVAZO**

Dirigente Amministrativo dell'Area
Direttore della struttura **DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
E TERAPIA MEDICA**

consapevole che – ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00 – le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/00

di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità previste dai Capi II, III, IV del D.Lgs 39/2013;

di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità previste dai Capi V, VI del D.Lgs 39/2013;

Il/la sottoscritto/a s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a in merito al trattamento dei dati personali esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D.Lgs 196/2003.

Data **26 SETTEMBRE 2018**

Firma

F.TO Luca Chiovato