

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445 DEL 28.12.2000 s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a Feroux Pierfrancesco
nato/a a Catania il 14.07.1961
dipendente dell' Azienda Ospedaliere/Adelivis - V.E.
in servizio presso Chirurgia Vascolare e Trapianti d'Organo
con la qualifica di Medico
titolare dell'incarico di Professore Ordinario di Chirurgia Vascolare

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, mendaci, false attestazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non versare in alcuna delle cause di "incompatibilità" di cui al Decreto Legislativo 8 Aprile 2013, n. 39;
- di impegnarsi a presentare annualmente all'Azienda, nel corso del proprio incarico, dichiarazione sostitutiva attestante l'insussistenza di una delle cause di "incompatibilità" a norma del Decreto Legislativo 8 Aprile 2013, n. 39;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente all'Azienda eventuali cause di inconferibilità e/o incompatibilità verificatesi successivamente all'assunzione dell'incarico svolto e di attivarsi tempestivamente nel rimuoverle, giusta previsioni statuite dal Decreto legislativo 8 Aprile 2013, n. 39.

Dichiara di essere informato, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Catania 03.03.2015
(luogo, data)

Il/La dichiarante

[Firma]

Si allega alla presente dichiarazione sostitutiva copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.