

Allegato sub c)

All'Ispettorato Territoriale del Lavoro di

Bari

Il sottoscritto Dr. DI MAURO PAOLO, nato a [redacted] il [redacted] e residente a [redacted]
[redacted], C.F. [redacted], consapevole della responsabilità penale e delle conseguenze cui
può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del DPR
445/2000 in relazione all'incarico di medico competente da svolgersi presso l'Ispettorato Territoriale del
Lavoro di Bari

Dichiaro

di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 39 D. Lgs. 81/2008 e smi.

Bari, 07/01/2020

IL Dichiarante

Dr. Paolo DI MAURO