I

*{da pubblicare a carlco def dichiaronte mediante portafeTrasparenza **PA}***

MOD. 5 - DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI INCOMPATIBIUTA'

(Dichiarazione ai sensi art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445}

II/La sottoscritto/a___ MARIA DE ROSA_____ nato/a ii [redacted]

nata a [redacted] in relazione all'incarico di

MEDICO COMPETENTE dell'Ufficio_____ TERRITOR!ALE DI NAPOLI _ dell'Ispettorato nazionale def lavoro, conferito con D.D. n. ___ de! _____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dei D.P.R. 28 dicernbre.2000n. 445 per le ipotesi di falsita in attie dichiarazioni rnendaci e delle conseguenze di cui al!'art. 20, comma 5 def d.lgs. 3912013 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilita di cui al decreto legislative n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svofgimento dell'incarico.

Premesso quanto sopra,

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione che dovessero intervenire nel corso dell'anno.

Dichiara di essere informato che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalita per le quali la presente dichiarazione viene resa e che la stessa verra pubblicata sul sito istituzionaie delf'Ispettorato nazionale del lavoro ai sensi dell'art. 20 comma 3 del D.lgs. n. 39/2013.

luogo e data
AVELLINO 08/06/2022

[redacted]

Scanned with CamScanner