



AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
resa ai sensi dell'art.20, comma 2 del D.Lgs. 39/2013

Il sottoscritto Dr. Nazzareno Firmani, nato a [REDACTED], in qualità di Direttore Socio Sanitario dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- che ai sensi degli artt. 10 e 14 del D.Lgs. 39/2013 non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

In fede,

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

Dott. Nazzareno Firmani



Nazzareno
Firmani
13.02.2025
10:41:46
GMT+01:00

Pesaro, lì 13 febbraio 2025

Documento sottoscritto con firma digitale ex D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii