



DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a FACCHETTI DANTE nato/a il ROSATO 12 30/12/1959

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000, ed in relazione a quanto previsto dall'art. 20, comma 2 del D.Lgs n. 39 del 08.04.2013

con riferimento all'incarico di Responsabile della S.S. DI NEUROFISIO PATOLOGIA conferito dall'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

dichiara

- che allo stato attuale non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità e che si impegna a non assumere incarichi incompatibili per l'anno 2015, avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dal citato D.Lgs. 39/2013;
- di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata nel sito dell'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda nella Sezione Amministrazione trasparente.

La presente dichiarazione viene rilasciata ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 76 del DPR n. 445/2000 e s.m. in tema di autocertificazioni.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

data 11/5/2015

In fede,
Firma Dante Facchetti

A.O. NIGUARDA CA' GRANDA
Dr. DANTE FACCHETTI
Matr. 11375
C.F. FCC DNT 69T30 H660Z

