

DICHIARAZIONE

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 artt. 46, 47, 48 e 76

La sottoscritta dott.ssa Paola COSTANZO, nata a ... omissis ... il ... omissis... , consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché della sanzione di cui all'art. 20, comma 5, D.Lgs. n. 20/2013,

Dichiara

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20, commi 2 e 3 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190", dopo averne effettuata lettura integrale, DI NON TROVARSI, in relazione all'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Regionale ASL AL di Alessandria, in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal decreto stesso.

Letto, confermato e sottoscritto.

Alessandria, 22/01/2019



Dr.ssa Paola Costanzo