

Dichiarazione di esclusione di incompatibilità

Il/la sottoscritto/a EDOARDO ZATTA

nato/..... 

codice..... 

via..... 

con un incarico per prestazioni di ~~Domestica~~ per n. 4 ore settimanali

DICHIARA

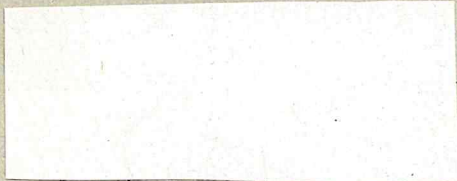
di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità indicate all'art.2 dell' "Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali"¹.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni futura variazione in proposito.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.26 L.15/68, artt.75-76 D.P.R. 445/2000) e, altresì, fanno decadere dai benefici ottenuti.

(data)

2-10-18



Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)" - GDPR, in vigore dal 24 maggio 2016 e applicabile a decorrere dal 25 maggio 2018.

¹ Verbale d'intesa del 15 maggio 2018, previa determinazione presidenziale n. 182/2018.