

DICHIARAZIONE SU INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'

(D.Lgs. 39/2013 art. 20)

Il/La sottoscritto/a TACONI CINZIA

Nominato/a: Medico Competente

della Società/Ente/Organizzazione partecipata/sodalizio vigilato:

A.M.A.N. s.c.p.a.

Visto l'art. 20 del D.Lgs. 39/2013;

consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di false dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché degli altri effetti previsti dall'art. 75 del medesimo D.P.R.;

DICHIARA:

che nei confronti del/la sottoscritto/a ed in relazione all'incarico conferito non sussiste alcuna causa di inconferibilità né di incompatibilità previste dal D.Lgs. 8 Aprile 2013 n. 39 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a autorizza l' A.M.A.N. S.c.p.a. a pubblicare il presente documento sul proprio sito internet.
Il/La sottoscritto/a consente il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i.

Data

5/1/2024

Firma

Cinzia Taconi