

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA

DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'

(Art. 20 D. Lgs. n. 39/2013).

Il sottoscritto FARALDI LEANDEO, nato a SANREMO (IM) il 12/07/1962, in qualità di MEDICO COMPETENTE, visto il D. Lgs. n. 39/2013, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente acquisiti, ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

che a proprio carico non sussistono cause di inconferibilità prevista dal D. Lgs. n. 39/2013 in relazione all'incarico conferito.

Sanremo, 16/05/2018

Firma _____

Dott. Leandro Faraldi
Medico competente

God. Reg. 12317
Via Manzoni, 6137 - 18038 Sanremo IM
Tel. 010/4392405 - 339.862499

Si allega copia del documento di identità.