

## ALLEGATO 2

### DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI DI CUI AL D.LGS. 39 DEL 2013

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

#### Il sottoscritto

Cognome	SIGISMONDI
Nome	PIERGIUSEPE
Incarico in Azienda Speciale	Medico di Medicina del Lavoro
Email	p.sigismondi@tin.it

in attuazione del disposto di cui all'art. 20, comma 2, del D.lgs. 39/2013 e consapevole delle responsabilità civili e penali e amministrative relative a dichiarazioni false e mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria personale responsabilità

#### Dichiara

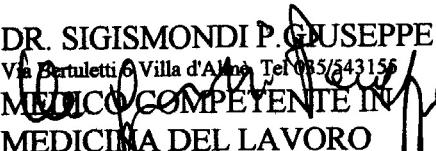
- a) che non sussiste alcuna causa di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39/2013 per lo svolgimento del proprio incarico presso Azienda Isola
- b) di non incorrere nei divieti dell'art. 53 comma 16 — ter D.lgs. 165/01 e art. 21 D.lgs. 39/13.
- c) di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet di Azienda Isola e di prestare il relativo consenso anche ai sensi di quanto disposto dal GDPR Regolamento Europeo 679/2016;
- d) allega copia del documento di identità

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ad Azienda Isola ogni e qualsivoglia mutamento della situazione dichiarata.

Data  
20/01/2020

Il Dichiarante

DR. SIGISMONDI P. GIUSEPPE  
Via Bartuletti 6 Villa d'Alto Tel 085/543156  
MEDICO COMPETENTE IN  
MEDICINA DEL LAVORO



NB: Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia del documento di identità può essere inviata per via telematica.