DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

ai sensi del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39

Il/La sottoscritto/a DIANA ELENA LEONE

nato/a a [redacted] il [redacted]

C.F. [redacted]

in relazione all'incarico di MEDICO COMPETENTE presa visione della normativa introdotta dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, e consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 20, comma 5, del citato decreto legislativo, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445 del 2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che per lo svolgimento dell'incarico non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole:

- che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico;

- che ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali ai sensi dell'art. 20, comma 3 del D. lgs. n. 39/2013.

Luogo e data ROMA 07/06/2024

Il/La Dichiarante

Diana Elena Leone