

All'A.S.S.T. Lariana

Como

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a FAZZARI MARIO NICOLA, nato/a a CIMINA'
(prov. RC) il 03/05/1954 M F

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

DICHIARA

in qualità di Medico di emergenza sanitaria territoriale (MET), convenzionato con ASST Lariana,

- 1) di non avere/ ~~di avere~~ (1) incompatibilità con quanto specificato, in particolare, dall'art.17 dell'ACN 23.03.2005 - testo integrato con l'A. C. N. 29 luglio 2009 -, allegato alla presente, quale parte integrante di questa dichiarazione.

In caso di incompatibilità specificare quali:

.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 26/04/2019 Firma per esteso Fazzari Mario Nicola

All'A.S.S.T. Lariana

Como

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a GENOVESE CARLETTO, nato/a a VARESE
(prov. VA.) il 15/12/1968 M X F

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

DICHIARA

in qualità di Medico di emergenza sanitaria territoriale (MET), convenzionato con ASST Lariana,

- 1) **di non avere/ ~~non avere~~** (1) incompatibilità con quanto specificato, in particolare, dall'art.17 dell'ACN 23.03.2005 – testo integrato con l'A. C. N. 29 luglio 2009 -, allegato alla presente, quale parte integrante di questa dichiarazione.
In caso di incompatibilità specificare quali:

.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 07/05/2019 Firma per esteso 

All'A.S.S.T. Lariana

Como

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a PIERO MAZZARELLA, nato/a a STELLARONE
(prov. SI) il 12/09/1956 M.F.

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

DICHIARA

In qualità di Medico di emergenza sanitaria territoriale (MET), convenzionato con ASST Lariana,

- 1) di non avere/ ~~avere~~ (1) incompatibilità con quanto specificato, in particolare, dall'art.17 dell'ACN 23.03.2005 - testo integrato con l'A. C. N. 29 luglio 2009 -, allegato alla presente, quale parte integrante di questa dichiarazione.

In caso di incompatibilità specificare quali:

.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 02/09/19 Firma per esteso Piero Mazzarella