

DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' DELL'INCARICO

(D.Lgs. n.39/2013 – art. 20, comma 2)

In relazione a quanto previsto dall'art. 20, comma 2. del D. Lgs. n.39 dell'8.4.2013,

il/la sottoscritta Dott.ssa _____ MONICA CALVI _____,

Direttore della Struttura Complessa denominata ___FARMACIA OSPEDALIERA_____

della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

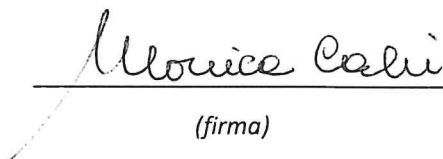
DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che non sussistono a proprio carico condizioni di incompatibilità, avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dal richiamato D. Lgs. n.39/2013 e in particolare da quanto disposto dagli art. 9 e 12 del decreto stesso.

La presente dichiarazione viene rilasciata ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli n.46, n. 47 e n. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. in tema di autocertificazioni.

Pavia, li __10/3/2023_____

(data)


(firma)

UOC FARMACIA OSPEDALIERA
Il Direttore
Dr.ssa MONICA CALVI
CLV MNC 60T60 G388G