

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 )

Il sottoscritto, Fulvio Forinazzo C.F. [REDACTED]

nato a [REDACTED] ( [REDACTED] ) il [REDACTED], residente a [REDACTED] in Via

[REDACTED] n. [REDACTED], consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del

D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti ,

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non versare in alcuna delle cause di inconferibilità e/o incompatibilità allo svolgimento dell'incarico, di cui al D.Lgs. 39/2013.

Data 09/08/16

Firma del Dichiarante Dott. Fulvio Forinazzo  
Medico Competente

