

Dichiarazione di esclusione di incompatibilità

Il/la sottoscritto/a

nato/a a.....il.....

codice fiscale....., residente in
via.....specialista in,

con un incarico per prestazioni di per n. ore settimanali

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità indicate all'art.2 dell'"Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali"¹.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni futura variazione in proposito.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.26 L.15/68, artt.75-76 D.P.R. 445/2000) e, altresì, fanno decadere dai benefici ottenuti.

(data)

Lo specialista

Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)" – GDPR, in vigore dal 24 maggio 2016 e applicabile a decorrere dal 25 maggio 2018.

¹ Verbale d'intesa del 15 maggio 2018, previa determinazione presidenziale n. 182/2018.