



Al Commissario Straordinario
P.O. S. Giovanni di Dio
dir.generale@aoucagliari.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E/O INCOMPATIBILITA'

(ART. 20 D. Lgs. n. 39/2013)

Anno 2016

Il sottoscritto/a ENRICO ONNIS nato/a a CAGLIARI
il 11-04-1957 (prov) CA
codice fiscale NNSNRC57D11B35A0
Dirigente medico di CARDIOLOGIA
titolare di incarico ex art. 27, comma 1, lett. c - CCNL Normativo 1998-2001

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

- presa visione del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative di inconferibilità previste dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39;
- di non trovarsi in alcuna delle cause ostative di incompatibilità previste dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2013, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale e comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Luogo e data Cagliari 3.02.2016 Il Dichiarante [Firma]

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante alla Direzione Generale AOU tramite un incaricato oppure a mezzo posta interna o elettronica (email: dir.generale@aoucagliari.it).

Ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari.

Cognome **ONNIS**

Nome **ENRICO**

nato il **11-04-1957**

(atto n. **1156** p. **1** S. **A**)

a **CAGLIARI (CA)**

Cittadinanza **ITALIANA**

Residenza **CAGLIARI (CA)**

Via **CORSO VITT. EMANUELE II N.404**

Stato civile **CONIUGATO**

Professione **MEDICO**

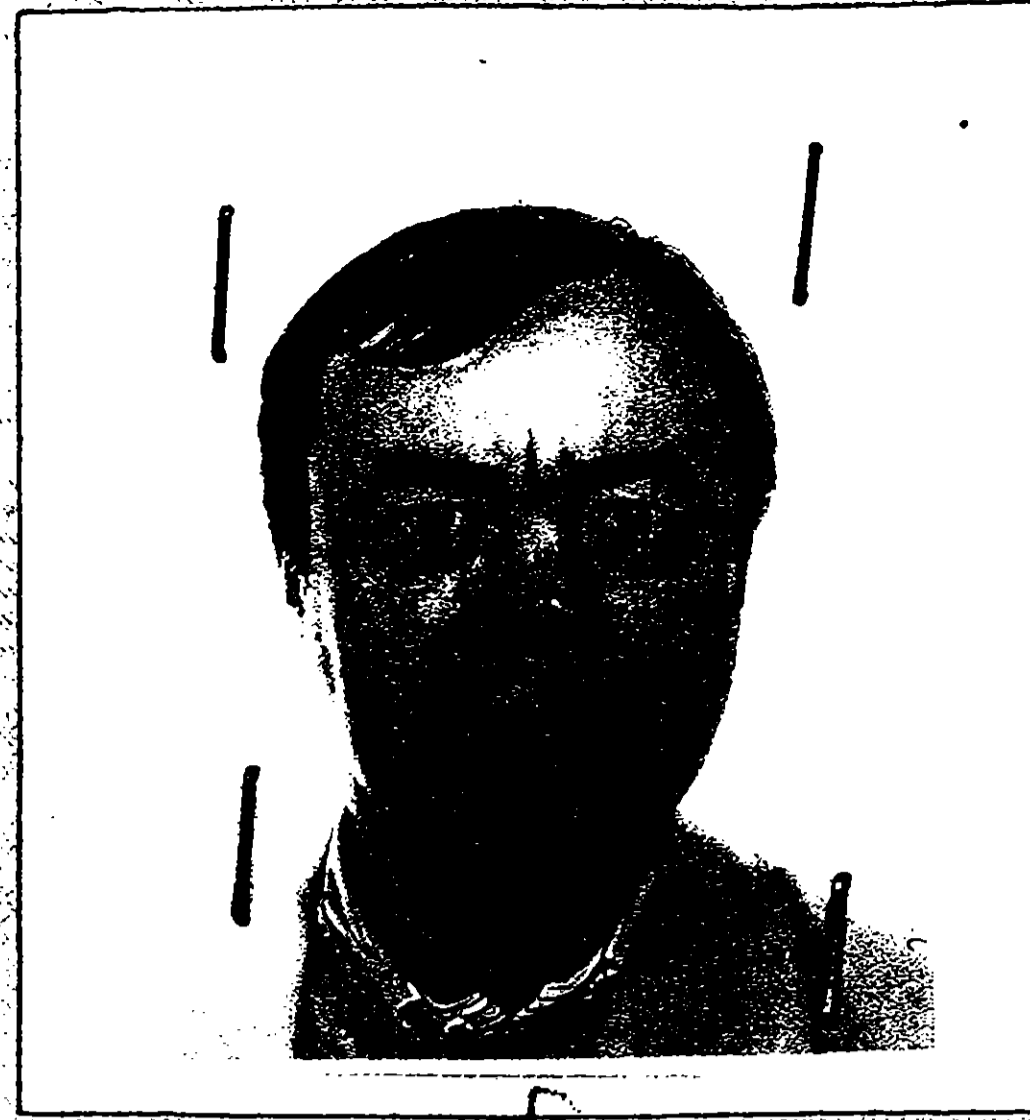
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **MEDIA**

Capelli **CASTANI**

Occhi **CASTANI**

Segni particolari



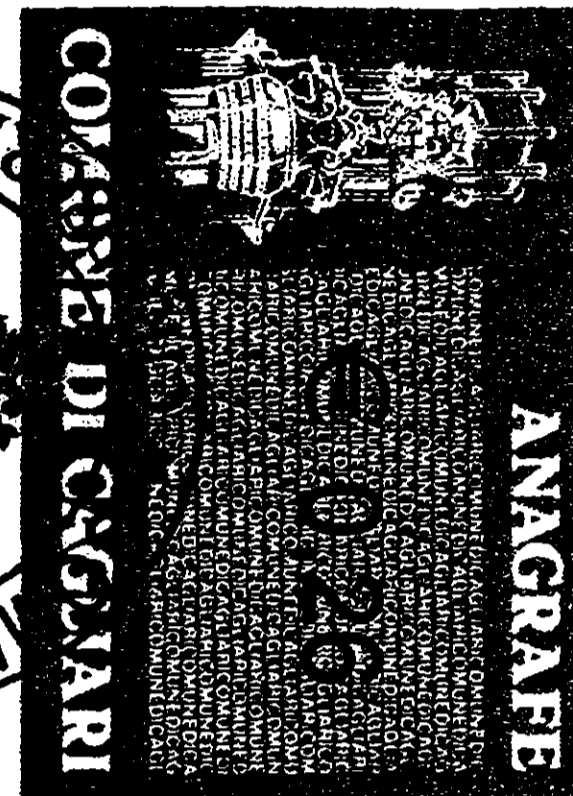
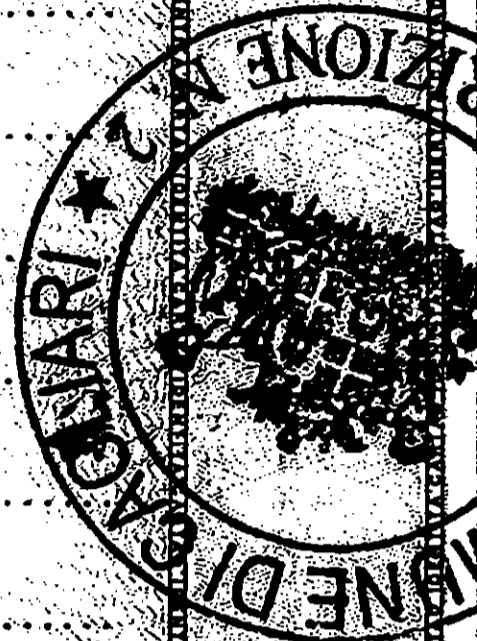
Firma del titolare *Enrico Onnis*

CAGLIARI il **15-04-2014**

AL SINDACCO

Mario Leoni

MARIO LEONI



Scadenza **14-04-2025**

Totale diritti **€ 5,43**

AU 7784632

LPZS.s.p.A. - O.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
CAGLIARI

CARTA D'IDENTITÀ

N° AU 7784632

DI

**ONNIS
ENRICO**