



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 CLAUDIO DAZZI nato/a LECCE  
il 2/04/1954 (prov) (LE)  
codice fiscale D22CLD54D02E506V  
Dirigente medico di CHIRURGIA GENERALE (I' LIVELLO)  
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 MONSERRATO 05/02/16 Il Dichiarante

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](mailto: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 **DAZZI**

Nome **CLAUDIO**

nato il **02/04/1954**

(atto n. **409** P. **I S. A**)

a **LECCE(LE)**

Cittadinanza **ITALIANA**

Residenza **CAPOTERRA**

Via **LOTT POGGIO DEI PINI 52 str. n.12 / A**

Stato civile **coniugato**

Professione **Chirurgo**

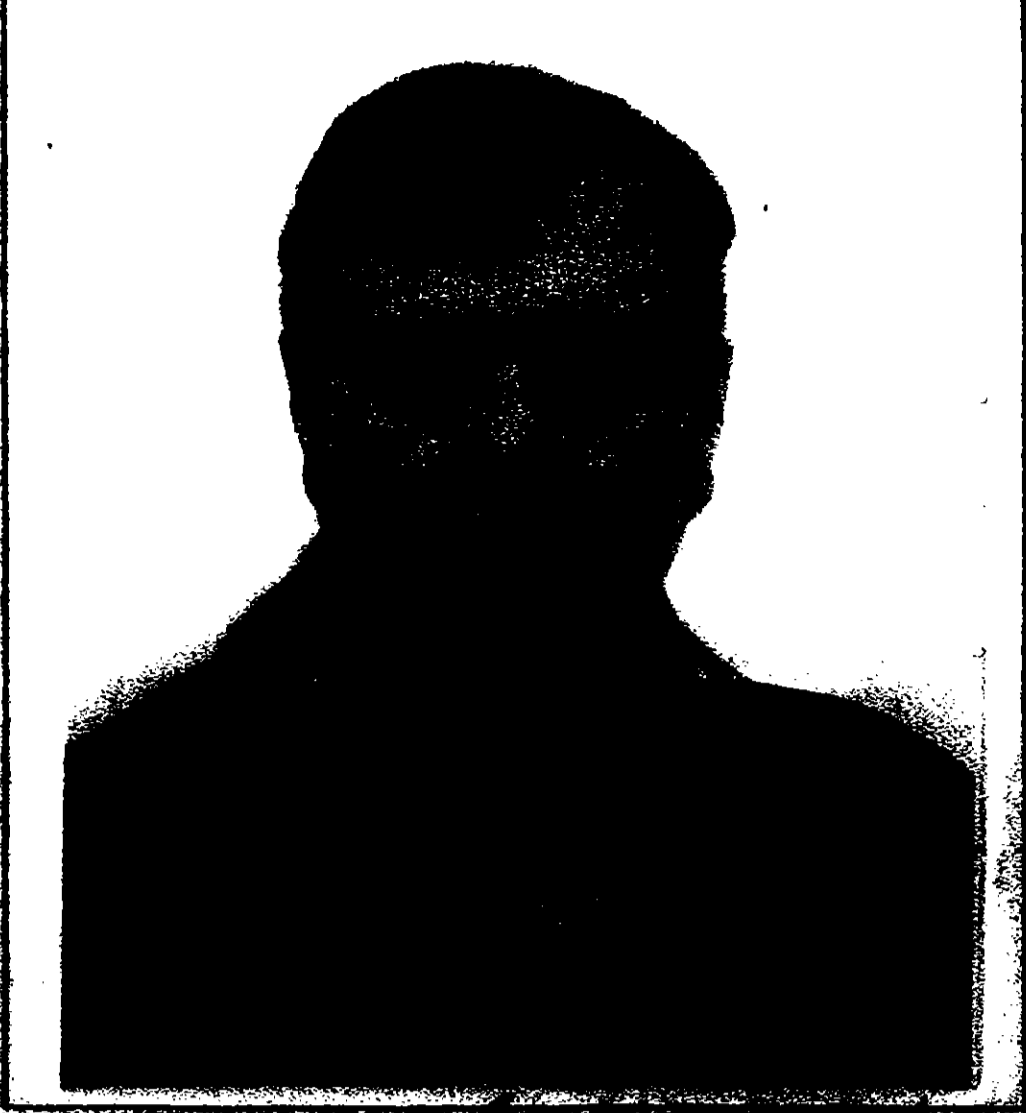
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **185**

Capelli **Castani**

Occhi **Verdi**

Segni particolari \_\_\_\_\_



Firma del titolare  
**Capoterra**

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO  
**CAPO SERVIZIO**

