



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 Dr SABA FABRIZIO nato/a a CAGLIARI
il 10/09/1969 (prov) CA
codice fiscale SBA FRZ 69 P 10 B354 Z
Dirigente medico di MEDICINA INTERNA
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 04.02.2016 Il Dichiarante Giorgio Scrr...

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 **SABA**
Nome **FABRIZIO**
nato il **10/09/1969**
(atto n. **3517** P. **I S. A**)
a **CAGLIARI (CA)**
Cittadinanza **ITALIANA**
Residenza **QUARTU SANTELENA**
Via **Via delle CARAVELLE n.1**
Stato civile _____
Professione **MEDICO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **170 cm**
Capelli **CASTANI**
Occhi **CASTANI**
Segni particolari _____



Firma del titolare *Fabrizio Saba*
QUARTU SANT'ELENA 10 settembre 2007

Impromta del dito
indice sinistro



IL SINDACO

LUIGI RUGGERI

IL FUNZIONARIO DELEGATO

Pietro Paolo Angione
Pietro Paolo Angione



VALIDITÀ PROLONGATA
 in base all'art. 31 del D.L. 201/2008 art. 112
 FINO AL 09 SET 2012

Scadenza: 09/09/2012

Diritto fisso carte ID: 0,26 euro
 Diritto di segreteria carte ID: 5,18 euro

AN 4834733

IP.ZS. - OFFICINA CIV. ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
 QUARTU SANT'ELENA

CARTA D'IDENTITÀ
 N° AN 4834733

DI
 SABA
 FABRIZIO

REPUBBLICA ITALIANA

TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Numero: SBAFR269P10B354Z - 5.250 M

Cognome: SABA
 Nome: FABRIZIO

Data di scadenza: 07/05/2019

Luogo di nascita: CAGLIARI
 Provincia: CA
 Data di nascita: 10/09/1969

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA