

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a PROSA GIOVANNI

Dipendente dell'ASL TO4 e titolare dell'incarico di RESPONSABILE SSD ODONTOIATRIA C

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti.

Preso atto del contenuto del Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 recante "*Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1 commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012 n. 190*".

### DICHIARA

**Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli Enti Privati in controllo pubblico, previste dal Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39.**

Luogo e data IVREA, 14/11/2014

Il dichiarante  
Giovanni PROSA  
(firmato in originale)