

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 del vigente "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 della normativa vigente in materia e, altresì, fanno decadere dai benefici ottenuti (artt.75-76 D.P.R. 445/2000).

(data)

Lo specialista

Preso atto dell'informativa formulata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), allegata alla lettera di incarico, acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità ivi specificate.

Lo specialista

¹ Verbale d'intesa del 10 ottobre 2024, previa deliberazione del CdA n. 132 /2024.