



Al Direttore Generale  
P.O. S. Giovanni di Dio  
[dir.generale@aoucagliari.it](mailto:dir.generale@aoucagliari.it)

Protocollo Generale  
A.O.U. CAGLIARI

07 FEB. 2017

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' Prot. N. \_\_\_\_\_

(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 2017

Il sottoscritto/a GIANLUIGI LOI nato/a a CAGLIARI  
il 23 MARZO 1958 (prov) CA  
codice fiscale LOIAGL58C233354G  
provvisoriamente nominato Direttore Sostituto della S.C. MEDICINA NUCLEARE

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

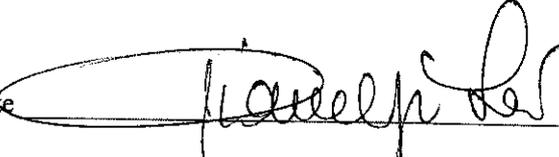
- presa visione del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39

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 03.02.2017 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 **LOI**

Nome **GIANLUIGI**

Data di nascita **23-03-1958**

(atto n. **925** P. I. S. A.)

a **CAGLIARI (CA)**

Cittadinanza **ITALIANA**

Residenza **CAGLIARI (CA)**

Via **DEL SOLE N.21**

Stato civile **CONIUGATO**

Professione **MEDICO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **MEDIA**

Capelli **CASTANI**

Occhi **CASTANI**

Segni particolari

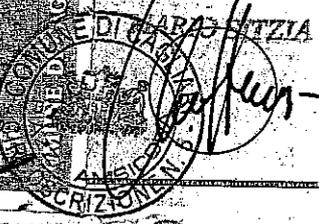
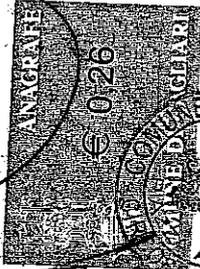


Firma del titolare

**CAGLIARI**

**14-04-2011**

IL SINDACO



Scadenza **13-04-2021**

Totale diritti **€ 5,43**

**AT 0276797**

I.P.Z.S. S.p.A. - OFFICINA C.V. - ROMA

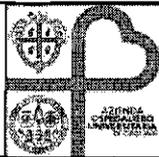
REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI  
**CAGLIARI**

**CARTA D'IDENTITA'**

N° **AT 0276797**

DI  
**LOI**  
**GIANLUIGI**



Alla Direzione Generale AOUCA  
PO S. Giovanni di Dio

Cagliari 02.02.17

oggetto: *Dichiarazione insussistenza cause incompatibilità PG2017/ 1908 del 01.02.17*

Facendo seguito a richiesta in oggetto si inoltra la modulistica compilata e firmata unitamente a copia non autenticata di documento identità.

Cordiali saluti  
Gianluigi Loi