



Protocollo Generale
A.O.U. CAGLIARI
PERVENUTO IN DATA

- 1 FEB. 2016

Prot. N. _____

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 GOFFI CARMELA nato a ALUERO (SS)
il 05/08/1953 (prov) (SS)
codice fiscale 9FF CML 53 M LG A 1922
Direttore della S.C. MEDIC. INT. I - S. GIOVANNI DI DIO

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 02/02/2016 Il Dichiarante Carmela Goffi

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 **GOFFI**

Nome **CARMELA**

nato il **05-08-1983**

(atto n. **287** P **1** S **A**)

a **ALGERO (SS)** ()

Cittadinanza **ITALIANA**

Residenza **CAGLIARI (CA)**

Via **DEL SOLE N.33**

Stato civile **CONIUGATO**

Professione **MEDICO CHIRURGO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **MEDIA**

Capelli **CASTANI**

Occhi **VERDI**

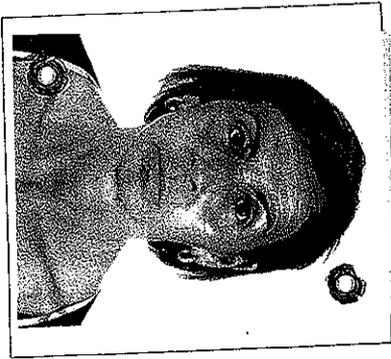
Segni particolari

Firma del titolare *Carmela Goffi*

CAGLIARI il **09-05-2012**

IL SINDACO *[Signature]*

€ 0,26

Scadenza 08-05-2022

Totale diritti € 5,43

AT 6562546

IPZS SPA - OGIV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CAGLIARI

CARTA D'IDENTITÀ

N° AT 6562546

DI
GOFFI
CARMELA