

AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

SISAR - AOU
Prot. 2016/1603 del 04/02/2016 ore 07,35
Mitt.: LACONI ROSANNA
Ass.: Direzione Generale - Giorgio Scrr...
Class.: 1.5.3. Fasc.: 27 del 2016



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 Rosanna Rocca nato a Porto Cervo
il 21/09/56 (prov) CA
codice fiscale LENRNV56P61D323T
Direttore della S.C. Pronto Soccorso AOU

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

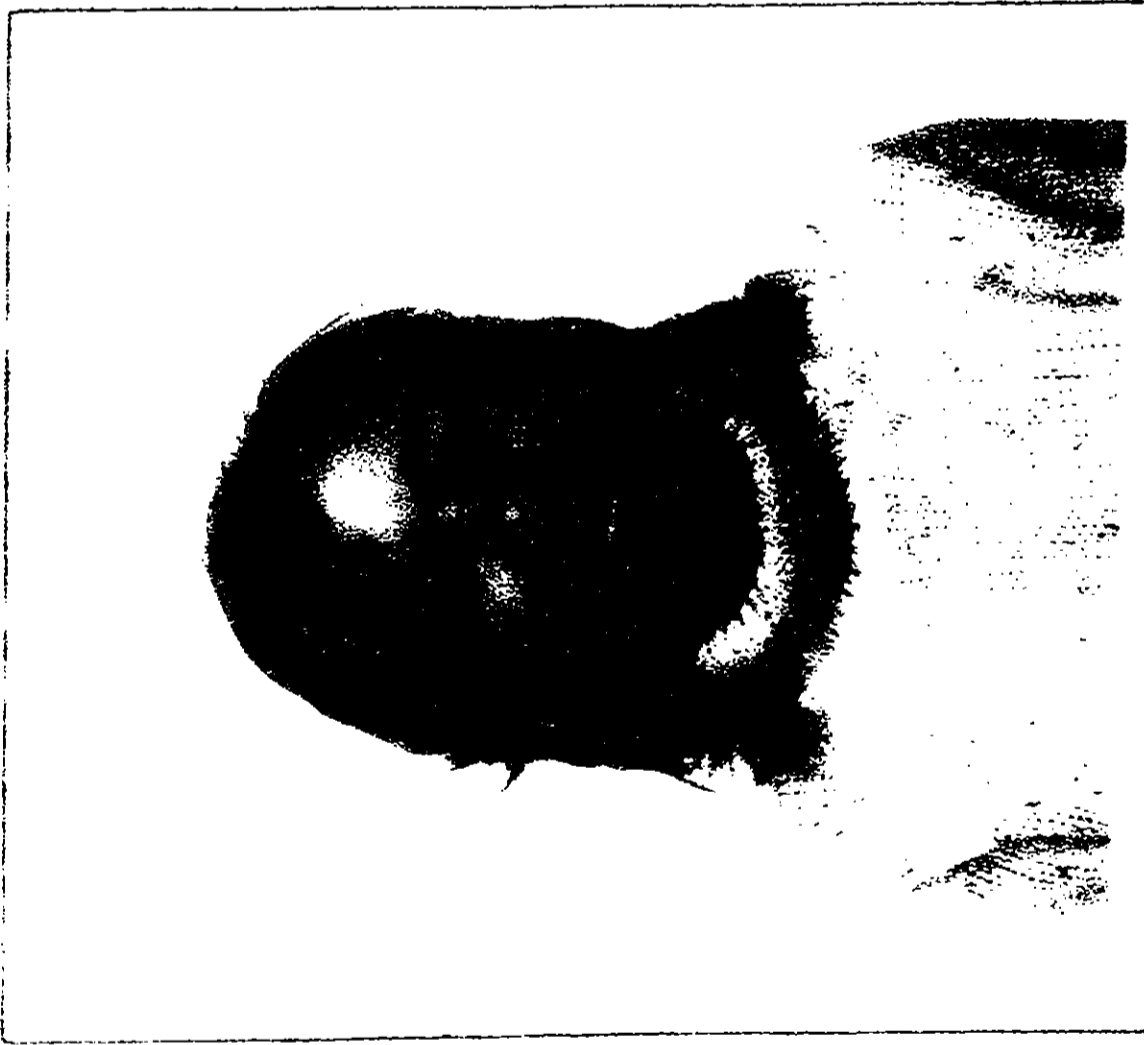
ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale e comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Luogo e data CA 28/01/16 Il Dichiarante Rocca

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 **LACONI**
 Nome **ROSANNA**
 Nato il **21/09/1956**
 Sesso **F** Stato **S. A.**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **DOLIANOVA**
 Via **VIA ALAGON n.39**
 Stato civile **** ****
 Professione **MEDICO**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **cm 156**
 Capelli **Castani chiari**
 Occhi **Castani**
 Segni particolari ********



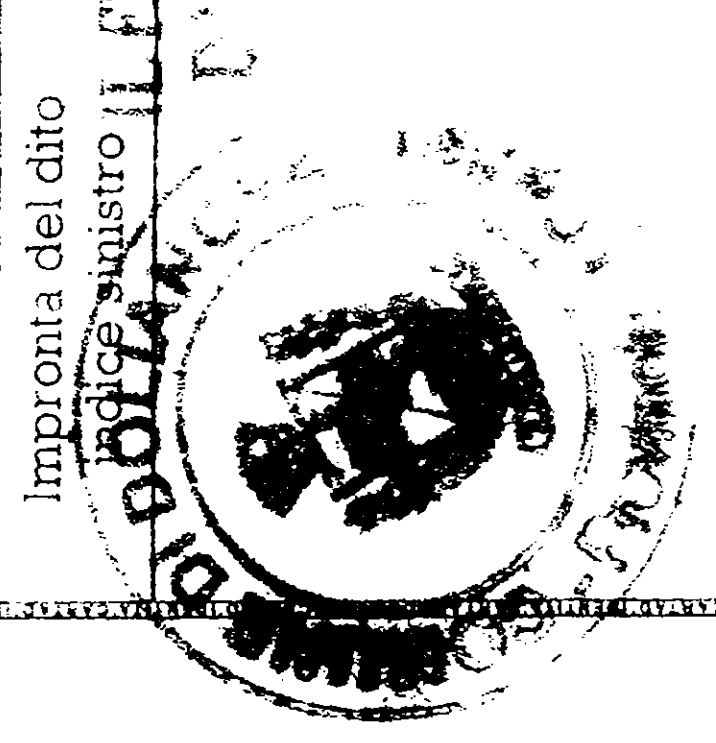
Firma del titolare *Rosanna Laconi*

Dolianova li **06/02/2013**

IL SINDACO

**IL FUNZIONARIO INCARICATO
DELL'ORDINE DEL SINDACO**

Paola Frigoli



Valida fino al
21/09/2023
 Diritti C.I. **10,33 euro**
 Diritti segreteria C.I. **0,26 euro**
AT 6567188



REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
DOLIANOVA

CARTA D'IDENTITÀ

N° AT **6567188**

DI
LACONI
ROSANNA