

**Dichiarazione annuale di insussistenza cause di incompatibilità  
resa ai sensi dell'art. 20 comma 2 del D. Lgs. n. 39/2013**

Io sottoscritto PAOLO SORCINELLI, in qualità di Direttore/Dirigente della Unità Organizzativa Complessa/Servizio SERVIZIO TECNICO E MANUTENZIONI dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. e di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013:

**DICHIARO**

di non trovarmi in alcune delle cause di incompatibilità previste dal richiamato Decreto Legislativo 8 aprile 2013, nr. 39 e ss.mm.ii.

impegnandomi

a comunicare tempestivamente eventuali situazioni di incompatibilità sopravvenuta.

Dichiaro, inoltre di essere informato, circa il trattamento dei dati raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

In fede

Pesaro, lì 8 luglio 2022

firma