

Prof. 84869 del 01.07.2014

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E  
INCONFERIBILITA' RISPETTO AL CONFERIMENTO DI INCARICO DIRIGENZIALE RESA AI  
SENSI DELL'ART. 20 D.LGS N. 39 DEL 08/04/2013**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto dottor Marco CASTAGNOLA, nato a Chiavari (GE), il 29.10.1957 C.F. CSTMRC57R29C621Z, ai fini del conferimento dell'incarico di Direzione della Struttura Semplice Dipartimentale One Day e Week Surgery – (Dipartimento Chirurgie)

*consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci*

Presa visione degli articoli del D.lgs n. 39 del 08/04/2013

Presa visione della Circolare esplicativa del D.lgs. n. 39/13 e relativi allegati sulle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi con particolare riguardo alle aziende sanitarie

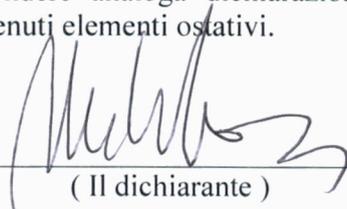
**DICHIARA**

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 come modificato dall'art. 29 ter del D.L. n. 69/2013 (art. inserito in sede di conversione con L. n. 98/2013)
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 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 n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale e comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

30/06/14  
\_\_\_\_\_  
( luogo e data )

  
\_\_\_\_\_  
( 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



Cognome ..... CASTAGNOLA .....

Nome ..... MARCO .....

nato il ..... 29/10/1957 .....

(atto n ..... 465 ..... s.1 ..... A.)

a ..... CHIAVARI (GE) .....

Cittadinanza ..... ITALIA .....

Residenza ..... GENOVA (GE) .....

Via ..... ZARA 32/6 .....

Stato civile ..... CG SANQUINETI AL FREDDINO .....

Professione ..... MEDICO CHIRURCO .....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura ..... 1.80 .....

Capelli ..... Brizzolati .....

Occhi ..... Castani .....

Segni particolari ..... Usa occhiali .....

Firma del titolare ..... *Marco Castagnola* .....

..... GENOVA (GE) ..... 26/07/2012

IL SINDACO

*Scarna Maria Angela*  
(Istr. Servizi Amm. Vig)