



SERVIZIO
S ANTIENNO
R REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E DI INCOMPATIBILITA' DI CUI
ALL'ARTICOLO 20, COMMA 1, DEL DECRETO LEGISLATIVO 8 APRILE 2013, N. 39

Il/la sottoscritto/a Dr. PIERLUIGI CARINO nato/a
LECCCE il 03-03-1962 in relazione all'incarico di
Direttore D.D.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Spoke
Conghiano - Rossano

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabili dalla legge per le false attestazioni e
dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto
legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del
contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 del citato decreto
legislativo n. 39/2013.

(Data)

13/7/2020

IL/LA DICHIARANTE