



REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE V.C.O.  
Via Mazzini n. 117 - 28887 OMEGNA (VB)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 4 Legge 04.01.1968, n. 15 e art. 2 D.P.R. 20.10.1968 n. 403)

Il/La sottoscritto/a CAPPUCCIA NINO  
Nato/a a MINTURNO il 03/04/1955  
e residente in INARZO (Prov.) VA  
Via PATRIOTTI n. 57

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

**DICHIARA**

di non avere altri rapporti di lavoro dipendente pubblico o privato né altro rapporto anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale

**OVERO**

Di essere alle dipendenze di: A.O. Ospedale di Ciriato e  
FONDAZIONE PACCHI in aspettativa dal  
16/04/2008

Di avere i seguenti rapporti convenzionali con il S.S.N.:  
.....  
.....

Di non essere mai stato dispensato o destituito da impieghi presso pubbliche amministrazioni

**SOLO PER DIRIGENZA**

Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 58 del D.Lgs. 29/93, alla Legge 662/96 e all'art. 72 Legge 448/98

**OVERO**

.....  
.....  
\*\*\*\*\*

**SOLO PER COMPARTO**

Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 58 del D.Lgs. 29/93





REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE V.C.O.  
Via Mazzini n. 117 - 28887 OMEGNA (VB)

OVVERO

.....  
.....

Di non essere titolare di alcun tipo di pensione

OVVERO

Di essere titolare della seguente pensione:.....  
.....

**N.B. Barrare le voci che interessano e completare con le dichiarazioni richieste**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del D.P.R. 20.10.93 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/95 (tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il/La sottoscritto/a allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto.

Omegna 16/01/2008

IL DICHIARANTE

Cappuccia Nino

La suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza dal \_\_\_\_\_ Sig. Dot.

CAPPUCCIA NINO in data 16-1-2008

L'IMPIEGATO ADDETTO

S. Colledari