



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 0063488033

## 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 SUCCI MARVEIA  
Nato/a a DOYODOSSOLA il 18 di 1964  
e residente in DOYODOSSOLA (Prov.) VB  
Via DE NICOLA n. 23 BIS

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

#### OVVERO

- Di essere alle dipendenze di : ESSERE DIPENDENTE DI ASL VCO  
CON QUOTIDIANO DI COLLABORAZIONE AMMINISTRATIVA FINO ALLA  
DATA DEL 26.12.2010

- 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

#### OVVERO

\*\*\*\*\*

#### SOLO PER COMPARTO

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



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**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 22.12.2010

IL DICHIARANTE

Maurizio Jucà

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

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

L'IMPIEGATO ADDETTO

\_\_\_\_\_