

Dichiarazione componenti della Commissione attestante l'assenza di condanne penali e di situazioni di conflitto di interesse

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a GABRIELE PANEGROSSI

nato/a a Roma il 2/5/65

C.F.: P N 66 R L S 09 H 15015

dipendente dell'ASL ROMA 3, in servizio presso

con la qualifica di

dipendente dell'Azienda ASL ROMA 1

in servizio presso SANTO SPIRITO

con la qualifica di DIRETTORE U.O. CIRURGIA

relativamente all'incarico di:

- Presidente della Commissione
 Componente della Commissione
 Segretario della Commissione

conferito con deliberazione n° 92 del 16/11/14 nell'ambito della procedura concorsuale

COVERTUNO 6 POSTI OMIUGENTE MEDICO A TEMPO

INDETERMINATO ASL ROMA 3

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiero, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

1. di non ricoprire cariche politiche, di non essere rappresentante sindacale o designato da confederazioni ed organizzazioni sindacali o da associazioni professionali (art. 35, comma 3, del D.lgs. 165/2001);
2. di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la Pubblica Amministrazione previsti nel Titolo II, Capo I, del codice penale (art. 35 bis del D.lgs. 165/2001).
3. che, presa visione dell'elenco dei partecipanti alla procedura di cui sopra, non sussiste fra lo stesso e i suddetti partecipanti alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 1, comma 41, della Legge n. 190/2012 e dall'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013, né alcuna delle cause di astensione previste dall'art. 51 del Codice di Procedura Civile.

Trattamento dati personali

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei dati n. 679 del 2016, circa il trattamento dei dati personali 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.

ROMA, 10/11/15

Si allega documento di riconoscimento

ASL ROMA 1
Dott. S. Spirito
U.O. CIRURGIA
2011021003610/102