

ATTO ACCETTAZIONE INCARICO E CONTESTUALE

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' PER LA NOMINA A
COMMISSARIO IN RIFERIMENTO ALLA SELEZIONE PUBBLICA**

**per titoli ed esami per la futura assunzione di n. 1 "Direttore di Farmacia", a tempo pieno e
determinato per tre anni - CCNL - Farmacie Aziende Municipalizzate**

Il sottoscritto Dott. CARLO MARTUFI nominato componente della Commissione Esaminatrice di cui all'art. 4 dell'Avviso, in relazione alla selezione pubblica per titoli ed esami per la futura assunzione di n. 1 "Direttore di Farmacia", a tempo pieno e determinato per tre anni - C.C.N.L. Farmacie, - Aziende Municipalizzate

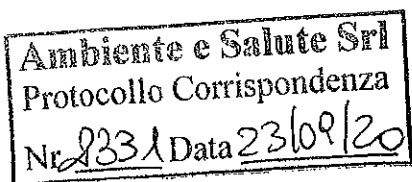
DICHIARA

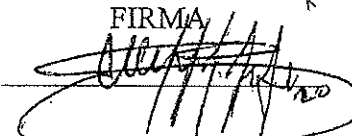
Di accettare l'incarico e, preso atto delle domande pervenute,

DICHIARA

ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, l'inesistenza di cause di incompatibilità e di astensione e di essere informato che la presente dichiarazione ed il proprio curriculum vitae saranno pubblicati sul sito della società, sezione trasparenza.

Veroli li. 23-09-20



FIRMA
A handwritten signature in black ink, consisting of several vertical and diagonal strokes, enclosed within an oval shape. The word "FIRMA" is printed above the signature.