

**DICHIARAZIONE SOSTITUIVA DI CERTIFICAZIONE RELATIVA ALLE CAUSE DI  
INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 20 DEL D. LGS. N. 39/2013**

La sottoscritta Dott.ssa Teresa Foini, nata a Travagliato (BS) il 04/07/1965 (C.F. ....*Omissis*....), consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R 445/2000 e dall'art. 20, comma 5 del D. Lgs. 39/2013

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 20 comma 2 del D. Lgs. 39/2013, sotto la propria responsabilità, l'insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui allo stesso decreto legislativo.

Brescia, 08/01/2018

Firmato digitalmente  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott.ssa Teresa Foini

# Contrassegno Elettronico



**TIPO CONTRASSEGNO** QR Code

**IMPRONTA DOC** DBA6043FC5C567276F9AA0DFBBD63DA6C64B69A38D1E92A18DB4578380F5E710

## Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato p7m: TERESA FOINI

## Dati contenuti all'interno del Contrassegno Elettronico

Numero Protocollo 0002368/18

Data Protocollo 09/01/2018

## Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

**URL** <https://glifo.ats-brescia.it/PortaleGlifo/>

**IDENTIFICATIVO** AT SBS-VCXJ6-125669

**PASSWORD** FmzR4

**DATA SCADENZA** Senza scadenza

Ai sensi dell'art. 23 comma 2-bis del CAD (DLgs 82/2005 e ss.mm.ii.), si attesta che il presente documento, estratto in automatico dal sistema di gestione documentale è conforme al documento elettronico originale.