



AL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Flori Degrassi
Via Filippo Meda 35
00157 Roma

La sottoscritta Dr.ssa Silvia Cavalli, nata a Rieti il 03.09.1972, residente in Rieti Via Gerace n. 6 – 02100 (codice fiscale CVLSLV72P43H282B)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole di tutte le conseguenze penali, civili e amministrative derivanti da false dichiarazioni di:

- NON TROVARSI IN ALCUNA DELLE SITUAZIONI OSTATIVE ALLA NOMINA DI DIRETTORE AMMINISTRATIVO previste dall'art. 3 comma 11 del D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502, così come modificato ed integrato dal D.Lgs. 229/99;
- NON TROVARSI IN ALCUNA DELLE CONDIZIONI DI INCOMPATIBILITA' di cui all'art. 3 comma 9 del D.Lgs 229/99;
- ESSERE IN POSSESSO dei requisiti, soggettivi ed oggettivi, previsti dal D.Lgs n. 502/92 come modificato dal D.Lgs 229/99, e della L.R. Lazio n. 18/94 per la nomina di Direttore
- Amministrativo delle Aziende Sanitarie;
- ACCETTARE LA PROPOSTA DI NOMINA A DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASL ROMA 2.

Roma, li 20/06/2017

In fede

Dr.ssa Silvia Cavalli