

Alla Regione Piemonte  
Direzione Sanità

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a dr/d.ssa Maurizio Gaspare DALL'ACQUA nato/a  
a [redacted] il [redacted] 1956 consapevole delle **sanzioni** penali previste  
per il caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della sanzione di  
cui all'art. 20, comma 5, d. lgs. n. 20/2013

**dichiara**

ai sensi, e per le finalità di cui all'art. 20, commi 2 e 3, del d. lgs. 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni  
in materia di inconfiribilità e **incompatibilità** di **incarichi** presso le **pubbliche** amministrazioni e  
presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, **commi** 49 e 50, della legge 6  
novembre 2012, n. 190", dopo averne **effettuata lettura** integrale, di non trovarsi, in **relazione**  
all'**incarico** di Direttore Generale dell' **Azienda** Sanitaria Regionale  
**ORME MAURIZIANA di TORINO** in alcuna delle **situazioni** di **incompatibilità** previste dal **decreto**  
stesso.

Letto, **confermato** e sottoscritto

Data 11/01/2019

*firmato in originale*