

Al Direttore Generale AUSL Frosinone  
Via Armando Fabi, snc – 03100 Frosinone

**Oggetto: Dichiarazione di assenza di cause ostative alla nomina di componente O.I.V**

Il sottoscritto Dr. Norberto Cau, nell'acceptare, con la presente, la nomina a Componente dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) di codesta Azienda, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

**dichiara**

- la non sussistenza di cause di incompatibilità ed ostative con le attività previste quale componente OIV con la AUSL di Frosinone.
- la non sussistenza di situazioni di conflitto di interessi con la AUSL di Frosinone ai sensi della normativa vigente.

Il sottoscritto si impegna, altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Rocca Priora, li 25/5/2024



Firma

