



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCONFERIBILITA'

Ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445

Il sottoscritto DI CATERINA DAVIDE: nato a LECCO
il 28/7/65, in relazione all'incarico di RESPONSABILE SS PSN
presso l'ATS della Brianza, nominato con Decreto n. 44 del 8/2/2023,
richiamato l'art. 20, comma 1, del D. Lgs. N. 39 del 8/4/2013, consapevole delle
responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o
mendaci, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

che non sussiste alcuna causa d'INCONFERIBILITÀ a proprio carico.

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Amministrazione
eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del
28/12/2000, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di
dichiarazioni mendaci.

Monza, 20/02/2023

Firma
David Di Caterina