Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brianza

DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE **INCONFERIBILITA'**

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

Il sottoscritto .ANNA MASINI nato a .....
il ....., in relazione all'incarico di .DIRIGENTE MEDICO.....
presso l'ATS della Brianza, nominato con Decreto n. 132 del .27/03/23.,
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, .28/04/2023.....

Firma