



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

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

Il sottoscritto ALTOMONTE GUIDO nato a CONDOFURI il 24/07/1952 in relazione all'incarico di Direttore di Struttura Complessa presso l'ATS della Brianza, nominato con Deliberazione n. 431 del 19/11/2013, 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, 27/03/2017

Firma

