



## DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE **INCOMPATIBILITÀ**

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

Io sottoscritta GUARISCO EMANUELA LUISA nata a Cesano Maderno il 25/04/1958, in relazione all'incarico di Responsabile di Struttura Semplice U.O. Progettualità e Governo Clinico presso l'ATS della Brianza, nominata con Deliberazione N ° 698 del 30/11/2015, richiamato l'art.20, comma 3, 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 sussistono a proprio carico condizioni di **INCOMPATIBILITÀ**, avuto specifico riguardo alla disciplina dettata dal già citato D. Lgs. ed in particolare da quanto previsto dagli artt. 10 e 14 dello stesso.

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, 30 marzo 2017

Firma

Guarisco Emanuela Luisa