



## DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCONFERIBILITA'

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

Il sottoscritto **ALESSANDRA FIGINI**: nato a **Lecco** il 15/04/1955, in relazione all'incarico di **Responsabile di Struttura Semplice** presso l'ATS della Brianza, nominato con Deliberazione n. **737 del 05/11/2019**, 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, 16 novembre 2019

Firma