



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE **INCOMPATIBILITÀ**

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

La sottoscritta Veronica Marangon nata a Borgosesia (VC) il 12/09/1977, in relazione all'incarico di farmacista dirigente – responsabile struttura semplice “Farmacovigilanza e Monitoraggio prescrizioni” presso l'ATS della Brianza, nominato con Deliberazione n. 364 del 30/06/2017, 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.

Lecco, 15/02/2018

Firma 