



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

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

Il sottoscritto Angela Rita Montesanti: nato a Desio il 27/09/2017, in relazione all'incarico di Responsabile di Struttura Semplice "Accreditamento Sanitario" presso l'ATS della Brianza, nominato con Deliberazione n. 427 del 25/07/2017, 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, 06/09/2017

Firma