



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCONFERIBILITA'

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

Il sottoscrittoBELLOTTO ALESSANDRA.....:
nato aMONZA..... il ..14./09/1979, in relazione all'incarico
di ...RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE ACCREDITAMENTO
SANITARIO..... presso l'ATS della Brianza, nominato con Deliberazione n.
....552..... del ..09/08/2021, 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, 16.08.2021

Firma