



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCOMPATIBILITÀ

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

Il sottoscritto Silvano Casazza nato a _____ il _____ in _____
relazione all'incarico di Direttore Generale presso l'ATS della Brianza, nominato
con Deliberazione n. 1055 del 17/12/2018, 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 02.01.2019

Firma, _____