



DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE INCONFERIBILITÀ

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

Il sottoscritto **Silvano Casazza** nato a _____ 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 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 di **INCONFERIBILITÀ** al 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 02.01.2019

Firma,