

DICHIARAZIONE D'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ

(D. Lgs. n. 39/2013)

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

Il sottoscritto, **Dott. Emerico Maurizio Panciroli**, nato a _____ il _____, in relazione all'incarico di **Direttore Sanitario** presso l'ATS Brianza, nominato con Deliberazione n. 88 del 12 febbraio 2019, in relazione a quanto previsto dall'art. 20, comma 2 del D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

VISTI gli articoli del D.lgs n. 39/2013

- **3** (Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione)
- **5** (Inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati)
- **8** (Inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali)

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. 28.12.2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Monza, 15 FEBBRAIO 2019

Dott. Emerico Maurizio Panciroli

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato che, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy, i dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Monza, 15 FEBBRAIO 2019

Dott. Emerico Maurizio Panciroli