



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

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

Il sottoscritto ANTONIO COLAIANNI, nato a OMISSIS il OMISSIS, in relazione all'incarico di Direttore Socio Sanitario presso l'ATS della Brianza, nominato con Deliberazione n. 232 del 01 aprile 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 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.

**Luogo e Data, MONZA, 06/04/2021**

Firma, **ANTONIO COLAIANNI**